LIBRARY

Date 8 December 1949

Class Mark WA b.GB 1909 Accession No. 35750

LSHTM
0011258321

DIE
HAUTERSCHEINUNGEN
DER PELLAGRA

VON

D^R. LUDWIG MERK

A. O. PROF. FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS AN DER K. K. UNIVERSITÄT INNSBRUCK.

MIT 7 ABBILDUNGEN IM TEXTE UND 21 TAFELN.

AUS DEN ERTRÄGNISSEN DES LEGATES WEDL SUBVENTIONIERT VON DER KAISERLICHEN AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN IN WIEN.

INNSBRUCK.

VERLAG DER WAGNER'SCHEN UNIVERSITÄTS-BUCHHANDLUNG IN INNSBRUCK.

1909.

LONDON SCHOOL OF HYGIENE
LIBRARY
-8 DEC 1949

DRUCK DER WAGNER'SCHEN UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI.

Vorwort.

Als ich im Jahre 1903 mit der Leitung der dermatalogischen Klinik in Innsbruck betraut wurde, war unter der Aegide des damaligen Statthalters für Tirol und Vorarlberg, Seiner Exzellenz, des Herrn Erwin Freiherr von Schwartzenau eine lebhafte Aktion gegen die in den südlichen Teilen des Landes endemische Pellagra im Gange. Sie fand zunächst ihren Ausdruck in dem Landesgesetze vom 24. Februar 1904, dem sogenannten Pellagra-Gesetze, um dessen wirksame Ausführung Herr Statthaltereirat Dr. Franz Ritter von Haberler sich äußerst warm annahm und noch annimmt. Es ist ohne weiters verständlich, daß dadurch auch an den Kliniken der Universität Innsbruck kräftiges Echo geweckt wurde. Es stellte sich bald heraus, daß speziell die für die Diagnose so wichtigen Hautsymptome einer Revision unterzogen werden mußten. Das betreffende Materiale war jedoch an der Klinik schwer zu beschaffen und so entschloß ich mich zu mehrmaligen Reisen in die befallenen Gegenden. Wie wohl kaum anders zu erwarten, kam man mir allenthalben mit großer Bereitwilligkeit entgegen. Besonderen Dank schulde ich Herrn Sanitätsrat und Pellagra-Inspektor Dr. Guido de Probizer und Dr. August Bresadola am Pellagrosarium in Rovereto, Dr. Aurel von Zlatarovic, Direktor und Dr. Pius Deiaco, Arzt an der

Landes-Irrenanstalt von Pergine, endlich und nicht minder den Herren Doktoren Karl von Bellat, Landtagsabgeordneter, Thomas Bresciani, Luigi Caveden, Leonello Cristoforetti, Ruggero Scartazzini, Guiscardo Torboli, Heinrich Valzogher und dem k. k. Bezirksarzte Herrn Dr. Hektor Weiß.

Das eigentliche, auf raschen oder zumindest schließlichen Erfolg abzielende Interesse der Regierung ist allerdings weniger in der klinischen Erforschung des Leidens gelegen. Die Behandlung von Fragen der Hygiene, Prophylaxe und Ätiologie ist ihr einstweilen noch immer mehr erwünscht und in dieser Richtung bewegen sich auch die bei weitem größere Zahl von Arbeiten und Abhandlungen der modernen Pellagraforschung. Auf den drei italienischen Pellagra-Kongressen der letzten Jahre spiegelte sich das insoferne wieder, als an denselben die Erforschung der Krankheit selbst so wenig zu Worte kam, daß bei der letzten Versammlung des Jahres 1906 in Mailand Badaloni lebhaft und unter vielem Beifall der Anwesenden ermahnte, die Lösung des Pellagra-Problems auf dem klinischen Felde anzustreben. Ich selbst habe die ätiologische Seite des Themas im vorliegenden Buche absichtlich nicht behandelt. Ob es eine Pellagra außerhalb der Maiszone gebe, darüber wird die Zukunft entscheiden, wenn es gelingt, eine Endemie von Fällen aufzufinden, welche Kopien der in meinen Tafeln abgebildeten Pellagrakranken ermöglicht oder bei denen Geistesstörungen in jenen Typen auftreten, wie sie z. B. Gregor so treffend geschildert hat. Darin liegt der Kern der Frage; denn alle Schilderungen, die eine Pellagra ohne Mais bisher beweisen wollten, sind — was die Hautsymptome betrifft — trügerisch oder mindestens stark anfechtbar.

Die Suche nach einem Verläge führte mich zur Wagner'schen Universitäts-Buchhandlung, deren Besitzer und Leiter, Herr Eckart von Schumacher, keinerlei Kosten noch Mühe gescheut hat, das Buch auf das reichste auszustatten. Ich fühle mich verpflichtet, hier zu betonen, wie sehr ich ihm dafür verbunden bin.

Der Zweck, den ich anstrebe, schien mir nur dann in die Nähe gerückt, wenn das Buch vor allem auch italienischem Publikum, weiters den übrigen, nicht deutsch lesenden Ärzten und Forschern leicht zugänglich würde. Ich danke es der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Anton Palcich, k. k. Bezirksarzt im Sanitätsdepartement des Ministeriums des Innern in Wien, und Herrn Dr. A. Civatte in Paris, daß in rascher Folge eine italienische, bezw. französische Ausgabe des Buches folgen wird.

Innsbruck, im November 1908.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21353104

Inhalt.

Seite

Vorwort III
I. Einleitung 1
II. Die klinischen Eigenheiten des Pellagra-Erythems 7
1. Die Lokalisation 10
A. Die gewöhnliche Lokalisation 12
a) Die Handrücken 12
b) Die Fußrücken 15
c) Das Gesicht 16
d) Das Casál'sche Halsband und sein Sternalfortsatz . . . 18
B. Die außergewöhnliche oder atypische Lokalisation 19
2. Das klinische Bild während des Verlaufes 25
3. Weitere Eigenschaften. Die jährliche Wiederkehr. Statistisches. Pellagra sine Pellagra. Verhältnis zum Allgemeinleiden; zum Alter etc. 32
4. Die Stellung der Diagnose 41
III. Die Differentialdiagnose 43
1. Das Verhältnis des Solar-Erythems zum Pellagra-Erythem und über Sonnenwirkung bei Pellagrösen 43
2. Pellagra-Erythem und Vitiligo 54
3. Pellagra-Erythem und Ekzem 55
4. Pellagra-Erythem und Erythema exsudativum multiforme (Hebra), bezw. Erythema polymorphe Autorum 57
IV. Anwendungen 61
V. Die pellagrösen Erscheinungen als dermatologisches Problem . . . 77
VI. Schlußbemerkungen 92
Erklärung zu den Tafeln 97

I.

Einleitung.

§ 1. Die Symptome, aus welchen sich das Krankheitsbild der Pellagra zusammensetzen kann, lassen sich ungezwungen im großen ganzen in drei Gruppen bringen: in Symptome, welche den Intestinaltrakt, in solche, welche das Nervensystem betreffen, und in Hautsymptome. Von diesen Gruppen nimmt die letzte einen ganz hervorragenden Rang ein. Nicht nur, daß sich von ihr der geläufigste und auch einige weniger geläufige Namen der Krankheit ableiten, sondern auch, daß sie durch die Offenkundigkeit, mit welcher sie vor unser Auge tritt, an Klarheit, Deutlichkeit und Kennzeichnung die beiden anderen Gruppen weit überragt. Die Krankheit zeitigt zwar gelegentlich Diarrhöen, welche durch das Aussehen der Stühle, durch die Hartnäckigkeit, durch das gleichzeitige Verhalten der Körpertemperatur und anderes mehr die Vermutung, daß sie pellagrösen Ursprunges seien, in hohem Grade wahrscheinlich machen; sie erzeugt Veränderungen in den Sehnenreflexen, im psychischen Verhalten, im Gange, in der Erhaltung des Gleichgewichtes, ruft spastische Lähmungen hervor, denen auch ein gewisses Gepräge innewohnt — fast immer erhalten alle diese Erscheinungen den Stempel des Unverkennbaren, wenn sie durch das Auftreten der Hautsymptome, und seien sie oft auch nur in anamnestischen Daten gegeben, gleichsam bestätigt werden. Freilich hat auch diese Erkenntnis, wie eben jede Erkenntnis ihre Grenzen; sie sind aber doch verhältnismäßig weit gezogen und ich kann die Wertigkeit dieser Hautsymptome für das Erkennen der Krankheit nicht besser schildern, als wenn ich sage: die pellagrösen Hautsymptome sind für die Diagnose der Krankheit von derselben Bedeutung, wie es die Hauterscheinungen bei Varicella, Variola, Scarlatina, Morbilli, Rubeolen u. s. w. für sich allein genommen und ohne Rücksicht auf weitere Krankheitserscheinungen für ebendiese Krankheiten sind. Damit ist nicht blos gemeint, daß das Typische

in diesen Bildern seine Grenzen, seine Annäherungen an ähnliche Bilder hat. Ich will weiters andeuten, daß, ebenso wie man einstens Scarlatina und Morbilli — oder Scarlatina, Morbilli und Rubeolae — für eine einzige Krankheit gehalten hat, nunmehr aber man im wesentlichen die Fälle doch auseinanderhalten kann, auch die pellagrösen Hautsymptome zuweilen ganz offenkundig verkannt wurden und noch verkannt werden. Das Wort „Pseudopellagra" kennzeichnet es zur Genüge.

Ich stelle es mir nun zur Aufgabe, das Charakteristische dieser pellagrösen Hautsymptome durch Wort und Bild so anschaulich als möglich zu schildern. Dass ich hiebei die Stellung derselben im Systeme und die Differentialdiagnose berühren muß, liegt ebenso in der Natur der Sache, wie ich eine gewisse Breite der Ausführungen nicht vermeiden kann. Ich beabsichtige nicht, eine Geschichte der Lehre von den pellagrösen Hautveränderungen zu schreiben, obschon ich es für äußerst instruktiv finde, von den ältesten Darstellungen dieser Symptome auszugehen, die wir besitzen.

§ 2. Die erste Schilderung stammt von Kaspar Casál, einem spanischen Arzte. Man würde aber fehl gehen, zu glauben, Casál's Abhandlung bilde die Basis in der Entwicklung der Lehre von der Pellagra. Denn das Werk wurde nicht nur erst nach dem Tode des Autors herausgegeben, es blieb überdies lange Zeit unbekannt und in den Fachkreisen begann man es erst zu einer Zeit zu würdigen, als die Lehre von der Pellagra sich in Oberitalien (Mailand und Padua) schon bis zu einer gewissen Höhe entwickelt hatte.

Seite 303 des sonst in spanischer Sprache geschriebenen Werkes beginnt Casál[1]) in lateinischer Sprache eine Beschreibung dreier in Asturien von ihm besonders häufig beobachteten Erkrankungen. Unter diesen hat nur die dritte „De Affectione, quae vulgo in hac regione mal de la Rosa nuncupatur" im Allgemeinen und auch für den vorliegenden besonderen Zweck bleibenden Wert errungen.

Das Buch wurde von einem französischen Arzt, welcher der spanischen Gesandtschaft attachiert war[2]), namens Thierry der Vergessenheit entrissen und in einem Artikel der Nosologia medica von Boissier de Sauvages besprochen (Sauvages Nosolog. Met. Ord. V. Sp. 4. 6. Band der Kommentare. Erschienen zu Leipzig. — Zitiert nach Odoardi). Thierry dürfte von Casál's Manuskript schon vor der Veröffentlichung gewußt haben, den 1755 scheint von ihm im Recueil périodique d'observations de médecine, de chirurgie et de pharmacie ein bezugnehmender Artikel erschienen und von Cerri in seinen Trattato sulla pellagra aufgenommen worden zu sein. (Nach Fanzago 1815. Parte I. Seite 20 und 21, Anmerkung.)

---

[1]) Historia natural, y medica de el principado de Asturias. Obra posthuma, que escribió el Doct. D. Gaspar Casál. (Nach dem Tode des Verfassers 1762 herausgegeben von Doct. Juan Joseph Garcia.)

[2]) Siehe den Artikel „Pellagre" von Gaucher und Barbe in Traité de médecine et de therapeutique von Brouardel, Gilbert und Girode. III. Bd. Seite 641. Paris 1897.

Die oberitalischen Schriftsteller, welche seit den letzten 70er Jahren des XVIII. Jahrhundertes sich mit dem Gegenstande befassen und anfänglich die einzigen Autoren auf diesem Gebiete waren, erwähnen erst im zweiten Dezennium des XIX. Jahrhundertes das Buch Casál's.

Trotzdem bleibt Casál der erste Autor, welcher eine Abbildung der Krankheit, beziehentlich der Hauterscheinungen bringt. Tafel I zeigt eine auf photographischem Wege hergestellte Reproduktion derselben. Die etwas stylisierte, halb künstlerische Ausführung des Kupferstiches läßt ersehen, daß ihm eine bestimmte Lokalisation auffiel, deren genaue Hervorhebung man bei den oberitalischen Forschern durch lange Zeit vermißt. Und doch kommt ihr eine ganz hervorragende Bedeutung zu.

Diese ist 1) eine „Fasciola" mit einer „Appendix"; ein halsbandartiger Streifen, beginnend im Nacken und endigend mit einem Fortsatze am Sternum. Dieser Streifen wurde später als „Casál'sches Halsband" bezeichnet und unter diesem Namen möge er auch im Folgenden immer besprochen sein. 2) „Crustae Metacarporum" und 3) „Crustae Metatarsorum".

Am auffallendsten schien bei den Hautsymptomen Casál das Auftreten von äußerst trockenen, schwärzlichen Krusten und der Umstand, daß dieselben am häufigsten zur Zeit der ersten Tag- und Nachtgleiche entstünden. Er bringt acht Beschreibungen von Krankheitsfällen, deren Sammlung er im Jahre 1735 begann. Von diesen zeugt die dritte für die aufmerksame und vorsichtige Beobachtungsweise Casál's, weil er an dem Falle ein „Albarras nigrum", oder, wie man es heute nennt, eine Ichthyosis vorfand und sie gut von den gleichzeitig vorhandenen pellagrösen Hauterscheinungen zu trennen wußte.

Das Leiden als Ganzes sucht er mit großer Wärme und Entschiedenheit als Krankheit sui generis, vielleicht am ähnlichsten dem Skorbute der damaligen Auffassung hinzustellen und meint, daß es durch irgendein „fermentum" hervorgerufen werde.

Das klingt ganz modern, wogegen die Hautsymptome selbst ganz im Sinne der damaligen Zeit bald einem Erysipel, bald einer Scabies, bald einer Elephantiasis lenis zur Seite gestellt werden.

Es möge vorausgeschickt werden, daß vonseiten der lombardischen und venezianischen Autoren bald auch eine weitere Lokalisation im Gesichte bekannt wurde. Casál beschreibt sie nicht und dürfte sie wohl auch nicht gesehen haben.

§ 3. Nimmt man auf diese Lokalisationen Rücksicht und erwägt man weiter, daß die Hautsymptome rasch heraustreten, nach kräftiger Exazerbation — was auch schon Casál hervorhebt — ein langsames Rückschreiten erkennen lassen, und sucht man nach einer Krankheit, welche gut vergleichbare

ähnliche Hauterscheinungen hervorruft, so wird man durch Beschreibungen und Abbildungen, sowie die Beobachtung der Krankheitstypen des Hebra'schen Erythema exsudativum multiforme gefesselt.

Tafel II, eine Reproduktion der Tafel 66 des Kaposi'schen Handatlasses der Hautkrankheiten bringt dies deutlich zur Anschauung. Sie zeigt einen Fall von „Erythema multiforme" mit Lokalisation im Gesichte, einem „Halsbande" samt „Appendix" und den ergriffenen Handrücken. Während die Übereinstimmung der auf Tafel I und II abgebildeten Exanthemformen um den Hals an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig läßt, breitet sich der Zustand an den Handrücken bei dem Falle der Tafel II stärker über den Unterarm. Deshalb habe ich in Tafel III einen weiteren Fall eines „Erythema multiforme" (Reproduktion der Tafel 74 des vorhin genannten Atlasses) abgebildet, bei welchem die Ausbreitung an den Handrücken dem Casál'schen Schema vollkommen entspricht.

Man thut also den Tatsachen keinerlei Zwang an, wenn man das pellagröse Hautleiden schon nach diesen einfachen Erwägungen den Erythemen im Allgemeinen und dem Erythema exsudativum multiforme Hebra im Speziellen angliedert.

In § 6 soll erörtert werden, welchen Wert es haben mag, die Stellung des Leidens im Systeme zu versuchen. Vorerst dürfte nicht unangebracht sein, Umschau zu halten, wie man sich dieser Frage gewöhnlich gegenübergestellt hat, schon auch aus dem Grunde, weil selbst in der modernen Literatur ungenaue Bezeichnungen existieren.

Die niedrige Entwicklungsstufe, auf welcher die Dermatologie zur Zeit der ersten Beschreibungen der Pellagra (Ende des XVIII. Jahrhundertes) sich befand, entschuldigt es zur Genüge, wenn auf sie kaum eingegangen wurde. Umsomehr sticht in dieser Beziehung Strambio hervor. In seiner ersten Publikation[1]) nennt er den Hautzustand zwar bald eine „Desquamatio" bald ein „Erysipelas simplex", bald ein „Erysipelas phlyctänosum" allerdings als Variante ein und desselben Übels. *„Quin imo saepe evenit, ut aeger idem quodam anno erysipelate corripiatur, altero simplici desquamatione afficiatur, nulla tamen ipsius morbi differentia oborta".* Aber schon etwa ein Dezennium später[2]) bezeichnet er ihn schlankweg als ein Erythem. *„La desquamazione pellagrosa non è altro, che un' affezione risipelatosa, o per parlar più esattamente un erythema"*[3]).

Bis ins dritte Dezennium des XIX. Jahrhundertes blieb Italien der Hauptort für das Studium der Pellagra. Wenn deshalb in jener Zeit Pariser Dermatologen

[1]) De Pellagra Cajetani Strambio M. D. Observationes in Regio Pellagrosorum Nosocomio factae a Calendis Junii anni 1784 usque ad finem anni 1785.

[2]) Dissertazioni di Gaetano Strambio sulla Pellagra. In Milano 1794. Per Giovanni Batista Bianchi.

[3]) *„Die pellagröse Abschuppung ist nichts anderes als eine rotlaufartige Affektion oder, genauer gesagt, ein Erythem".*

zusammenfassende Bücher über die Hautkrankheiten herausgaben und der Vollständigkeit wegen auf die Pellagra Rücksicht nehmen wollten, so mußten sie sich an italienische Originalabhandlungen anlehnen. P. Rayer, der 1826, beziehungsweise 1827 die Krankheit das erstemal in einem solchen Lehrbuche bespricht [1]), scheint selbst keinen Fall gesehen zu haben, schließt aber aus den Beschreibungen, daß der Hautzustand den Erythemen zuzuzählen sei. *„Jai cru entrevoir que l'altération de la peau, ainsi dénomée, n'était autre chose qu'un érythème chronique"* [2]). Allerdings führt er das Leiden nicht unter dem Seite 95 beginnenden Artikel „Érythème", sondern gewissermaßen anhangsweise, am Ende des zweiten Bandes in einem Vocabulaire (Seite 531 und 532) an.

Wenige Jahre später erschien (1835) von Alibert [3]) ein ähnliches Werk. In demselben gibt er der Krankheit, die er selbst an zwei Soldaten in Paris gesehen haben will, direkt den Namen „Érythème endémique".

1839 erschien ein später viel verbreiteter Atlas der Hautkrankheiten von Behrend [4]). Er enthält eine Beschreibung der Pellagra, gestützt auf Mitteilungen eines damals in Mailand weilenden Arztes Dr. Wolfers. Nach derselben ist *„die Pellagra unzweifelhaft eine squamöse Hautkrankheit, die vielleicht zwischen Psoriasis und Lepra, oder besser zwischen Psoriasis und Pityriasis mitten inne steht"*. An dieser Systemisierung hält der Autor fest, obschon er selbst angibt, sowohl Alibert's, als Rayer's Dermatologie gekannt zu haben.

Conrad Heinrich Fuchs [5]) glaubt sich auch zu einer Sonderstellung berechtigt und reiht das Leiden, dem er den Namen „Neolepra" gibt, der Lepra unter.

Bateman [6]) sah sich gar veranlaßt, das Leiden für eine Art Scarlatina zu halten; der deutsche Übersetzer Blasius hingegen hat diesen Irrtum erkannt und hebt die Verschiedenheit vom Scharlachfieber ausdrücklich hervor.

Von dieser Zeit ab findet man fast ausnahmslos bei den Autoren die Hautsymptome der Pellagra den Erythemen zugezählt. Nur eine ganz bestimmte Form des Erythems an bestimmter Lokalisation beurteilt Gemma [7]) als Ekzem (Eczema pellagrico). *„Merita assolutamente questo nome quella forma in cui le vescicole*

---

[1]) Traité théoretique et pratique des maladies de la peau.

[2]) *„Ich glaubte entnehmen zu können, daß die so bezeichnete Alteration der Haut nichts anderes sei, als ein chronisches Erythem"*.

[3]) Monographie des Dermatoses ou Précis théoretique et pratique des maladies de la peau. Seconde Édition. Paris. Die erste Ausgabe, von der zweiten in jeder Beziehung so grundverschieden, daß man meinen könnte, sie rühre von einem ganz anderen Autor her, enthält keine Bemerkung über die Pellagra.

[4]) Ikonographische Darstellung der nicht-syphilitischen Hautkrankheiten. Mit darauf bezüglichem Texte. Unter Mitwirkung des Herrn Geheimen Obermedicinalrats, Prof. Dr. Trüstedt besorgt und herausgegeben von Dr. Friedrich Jacob Behrend.

[5]) Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen, 1840.

[6]) Praktische Darstellung der Hautkrankheiten nach dem System des Dr. Willan, enthaltend eine genaue Übersicht der diagnostischen Symptome und der Behandlungsweise von Thomas Bateman. Aus dem Englischen übersetzt von Dr. Ludwig Calmann. Nach der von Todd Thomson besorgten achten Auflage abgeändert, in zweiter deutscher Auflage herausgegeben und mit Vorrede und Anmerkungen versehen von Ernst Blasius. Leipzig, 1841.

[7]) Anton Maria Gemma. Delle dermatopatie pellagrose. Annali universali di medicina. Volume CCXVII. Serie quarta. Vol. LXXX. Luglio, Agosto e Settembre 1871. Seite 31—70. Speziell § 8.

sono assai confluenti ed occupano tutto lo spazio proprio dell' eritema[1]). Auch im mündlichen Verkehre mit den Ärzten des befallenen Gebietes in Südtirol hört man — auf wen das zurückzuführen ist, entzieht sich meiner Beurteilung — die Hauterscheinungen als Pellagra-„Ekzem" bezeichnet.

Diese Auffassungen sind zwar bis zu einem gewissen Grade entschuldbar, im Grunde aber unhaltbar und verwirrend, was im besonderen Abschnitte „Differentialdiagnose" erörtert werden möge.

---

[1]) *„Diesen Namen verdient unbedingt jene Form, bei welcher die Bläschen stark zusammenfließen und den ganzen eigentlichen Raum des Erythemes einnehmen".*

II.

Die klinischen Eigenheiten des Pellagra-Erythems.

§ 4. Entsprechend dem Erythemcharakter treten die Hautsymptome der Pellagra fast plötzlich auf.

Diese wichtige Tatsache findet sich in der Literatur erst sehr spät in einer Abhandlung von Paul Raymond aus dem Jahre 1889[1]) hervorgehoben. *„Après une période prodromique plus ou moins longue..... survient brusquement en vingt-quatre heures, une rougeur des téguments“* [2]).

Von einem Tage zum andern sieht sich der Patient an gewissen Hautstellen — es sei hier zunächst von der Örtlichkeit abgesehen — von nicht allzu hellroten, streng umschriebenen, zumeist runden Flecken bedeckt. Bis auf ein Gefühl geringer Spannung und allenfalls leichtem Brennen nimmt der Kranke nichts wahr, es sei denn, daß er sich der freien Luft oder der Sonne aussetzt. Dann steigert sich das brennende Gefühl in ganz bedeutendem Maße. In den allermeisten Fällen wird auf diese Weise der Kranke auf die Flecke erst aufmerksam.

Die Blutfülle ist in ihnen recht erheblich gesteigert. Durch Fingerdruck gelingt es kaum, in denselben anämische Stellen hervorzurufen. Fast unmittelbar nach dem Nachlassen des Druckes kehrt die rote Farbe zurück.

Die weiteren Veränderungen, welchen die Flecke unterliegen, sind zweifach.

In einer Anzahl von Fällen vergehen sie ohne weiters nach wenigen Tagen.

Diese Tatsache, die ich gelegentlich beobachten konnte, findet sich in der Literatur nicht erwähnt. Es ist sehr die Frage, ob solche, ganz flüchtige Fleckungen

---

[1]) Paul Raymond, Les altérations cutanées de la Pellagre. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 2. Serie. Tome X. 1889.

[2]) *„Nach einer mehr weniger langen Prodromalperiode .... taucht jäh innerhalb 24 Stunden auf den Hautdecken eine Rötung auf“.*

zu den großen Seltenheiten gehören. Und zwar deswegen, weil sie der Beobachtung leicht entgehen. Der Patient nimmt sie nur wahr, wenn er besonders aufmerksam ist, denn sie erzeugen in solch flüchtigem Grade kaum eine Sensibilitätsstörung. Es ist großer Zufall, wenn sie der Beachtung des Arztes zugeführt werden.

Die vergänglichen erythematösen Flecke sind „maculae“ im wahren Sinne des dermatologischen Sprachgebrauches, liegen vollkommen im Niveau der Haut und ich konnte nicht in Erfahrung bringen, daß sie an einer anderen Lokalisation, als an den Handrücken, dort aber symmetrisch gesehen wurden. Sie sind keineswegs so charakteristisch, daß man aus ihrem Bestande und Aussehen eine Pellagra diagnostizieren müßte und sie sind als Vorboten eines baldigen, neuerlichen, aber bedeutend heftigeren Erythemausbruches anzusehen.

In der großen Mehrzahl der übrigen Fälle ist die Blutfülle der Flecke eine so bedeutende, daß sie die Haut flach verwölben. Aber auch dann bleiben sie in dieser Form nur wenige Tage bestehen und gehen eine Reihe von Umwandlungen ein, deren Charakter vielfach von der Lokalisation abhängt. Das schließliche Ende der Umwandlungsreihe ist aber — mit einer einzigen später (§ 23) zu besprechenden Ausnahme — die Restitutio ad integrum; die Haut nimmt etliche Wochen nach dem Erythem wieder das normale Aussehen an.

Während die erstere Erythemform, die ich präludierendes Pellagra-Erythem nennen möchte, — wie gesagt — die Diagnose einer Pellagra nicht zu tragen, sondern höchstens neben anderen Symptomen zu stützen vermag, ist die zweite Form schon wesentlich eigenartiger. Tafel IV gibt ein solches mit der Lokalisation am Handrücken wieder. Die Farbe zeigt zum Rot des Erythems eine eigentümliche Beimengung livider Bläue. Keineswegs wird hiedurch das Rot etwa in jenem Maße übertönt, wie man dies gelegentlich bei Antipyrrhin-Erythemen wahrnimmt.

Die bedeutend regere Blutfülle wird außerdem durch eine Schwellung der Haut angezeigt. Infolge der Turgeszenz ragen die Felderungen des Hautreliefs stärker heraus, die Furchen dazwischen vertiefen sich.

Die zweite Erythemform setzt sich weit seltener aus einzelnen Flecken zusammen; sie ist konfluent geworden, grenzt sich gegen die gesunde Haut recht scharf ab, zeigt schon die Andeutungen weiterer Veränderungen, die sich namentlich in der Hornschichte abspielen werden, und sie möge zum Unterschiede vom präludierenden und bald regressiven Pellagra-Erythem progressives Pellagra-Erythem oder Pellagra-Erythem schlechtweg genannt sein.

Namentlich das progressive Erythem macht die Haut gegen äußere Einflüsse, wie Sonnenbestrahlung, Verweilen in frischer Luft, ganz besonders empfindlich.

§ 5. Nichts verleiht dem Pellagra-Erythem sosehr den Stempel der Eigenart, als die zunächst folgenden Umwandlungsformen. Schon in den ersten

Tagen, solange die Erythemröte besteht, — wie z. B. auf Tafel IV — schilfert es leicht. Die Schilferung erfährt alsbald im Gesichte oder am Halse, wohl aber auch an Hand- und Fußrücken eine Akzentuierung, die sich mit dem in der Dermatologie allgemein üblichen Ausdrucke einer „Hyperkeratose" bezeichnen läßt. Diese „Hyperkeratose" ist es, welche nunmehr das Bild eines Erythems zurückdrängt und fast während der ganzen übrigen Zeit des Bestandes dem Pellagraausschlage die Signatur gibt.

Das ist das Bild, welches den Beobachter am meisten fesselt, ihm am längsten unter den Augen bleibt, und so ist es verständlich, daß in den meisten Beschreibungen nur von der Hornschichtveränderung, der Schilferung und Krustenbildung die Rede ist.

„Quamquam itaque eiusmodi morbi symptomata complura, satisque prava sint, ipse tamen unius tantum eorum, illud vulgare nomen sibi adoptat: estque symptoma hoc quaedam terrifica crusta, quae, licet primo eius ortu rubore solummodo, et asperitate succumbentem partem inficiat; degenerat tandem in crustam siccissimam, scabrosam, nigricantem, profundis saepissime intercissam fissuris, ad vivam usque carnem penetrantibus, cum eximio dolore, flagrantia, et molestia", sagt Casál[1]), um die Krankheit im Ganzen kurz zu skizzieren, bevor er sich auf Einzelheiten einläßt.

Von der mit dieser Hornschichtverbildung einhergehenden, ziemlich lange andauernden Rauhigkeit der Haut, „Pelle agra" hat schließlich zweifelsohne der ganze Krankheitsprozess den Namen. Die Tafeln V, VII, VIII, IX, XI und XII, geben das Aussehen solch „rauher Haut" deutlich wieder.

Nach mehreren Wochen läßt, wie schon angedeutet, die Schilferung nach, um schießlich ganz aufzuhören.

Diese allgemeinen Eigenschaften: das rasche Erscheinen, die mehr minder rasche Vergänglichkeit der Erscheinungen, die im Casál'schen Bilde markierte Lokalisation berechtigen uns, den Ausschlag den Erythemen zuzurechnen.

Nur die Hornschichtverbildung ist eine Eigenart, welche eine solche Auffassung vielleicht etwas erschwert. Aber eben auch nur etwas; denn man beobachtet bei Erythemen mit starker Exsudation keineswegs selten, daß mit dem Nachlassen der entzündlichen und erythematösen Röte die Hornschichte sich schilfert. Überdies kennt man ein — allerdings seltenes — Exanthem, das „hyperkeratotische" gonorrhoische Exanthem, für welches Roth[2]) die Kennzeichen eines Erythems nachweisen konnte und das sohin ein gutes Seitenstück zur „Hyperkeratose" des pellagrösen Erythems abgibt.

---

[1]) An dem im § 2 angegebenen Orte, Seite 327.

[2]) Zur Kasuistik der „hyperkeratotischen" gonorrhoischen Exantheme. Münchner medizinische Wochenschrift, 1905. Nr. 22.

§ 6. Es ist keineswegs eine pedantische Schrulle, für das Pellagra-Exanthem eine Stellung im Systeme der Hautkrankheiten zu suchen. Sie wäre überflüssig, wenn die Pathologie des Prozesses aufgeklärt wäre. Stellung im System bedeutet im Grunde genommen Anlehnung an aufgeklärte oder aufgeklärtere Prozesse. Aus der Anlehnung strebt man nach einer mehr minder großen Garantie, das Unbekannte in der angegliederten Krankheit zu erfahren, similia similibus zu erklären.

So berechtigt uns die Auffassung des Pellagra-Exanthems als Erythem, daß wir den Zustand den toxischen Erythemen zur Seite stellen dürfen. Nimmt man des weiteren auf die übrigen Symptome der Pellagra Rücksicht, insbesondere insoferne sie das Nervensystem betreffen, so läßt sich, wie namentlich von Tuczek hervorgehoben wurde [1]), eine Analogie mit dem Ergotismus ohne besonderen Zwang ableiten. Ganz besonders stütze aber die spinale Erkrankung das toxische Wesen der Pellagra, *„weil bei ihr ebenso wie bei Spinalerkrankungen im Gefolge von Vergiftungen mit Blei, Alkohol, Leuchtgas Rückenmarksstränge teils gesondert, teils in verschiedenen Kombinationen unter der Form einfacher Faseratrophie erkrankten"*.

Auf zwei Wegen gelangt man sohin dazu, die Pellagra den toxischen Erkrankungen im Systeme zur Seite zu stellen.

1. Die Lokalisation.

§ 7. Die Kenntnisse von der Lokalisation der pellagrösen Erytheme entwickelten sich — wie schon angedeutet — aus den Beschreibungen der lombardischen und venetischen Autoren. Sie beeinflußten die Darstellung — man kann sagen — in vielfacher Beziehung sogar bis auf den heutigen Tag. Ein Nachteil insoferne, als eine genaue Bezeichnung der erkrankten Hautstellen so gut wie gänzlich vernachlässigt wurde. Der Mailänder Frapolli [2]) beschrieb sie als Erster von seinen Landsleuten und zwar mit folgenden Worten: *„. . . .; manus denique, pedes, pectus, raro etiam facies, caeteraeque Corporis Soli expositae partes turpiter foedantur"*.

Dieser Satz wiederholt sich dann in unzähligen Varianten.

Odoardi [3]) z. B., welchem das ganze Leiden wegen der gelegentlich auftretenden Veränderungen an der Schleimhaut der Zunge und des Mundes als

---

[1]) F. Tuczek, Über die nervösen Erscheinungen der Pellagra. Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. (Meran) Jahrgang 1905. I. Teil.

[2]) Physici Francisci Frapolli Mediolanensis Nosocomii majoris medici animadversiones in Morbum, vulgo Pellagra. Mediolani 1771. Ein Schriftchen von 37 Seiten.

[3]) D'una spezie particolare di Scorbuto. Venezia 1776. Enthalten in: Sulla Pellagra memoria di Francesco Luigi Fanzago. Zwei Teile. Padua 1815.

eine Art Skorbut erschien, setzte seine originelle Auffassung in der Beschreibung nicht fort. Im Gegenteile, es macht den Eindruck, als ob er in derselben nur seinem Lehrer Pujati, erst praktischer Arzt in Feltre, später Professor in Padua, als seiner Autorität nachgefolgt wäre. Es genügte ihm, die Mailänder Publikationen vom Hörensagen, die Beschreibung des Halsbandes aus einer französischen Übersetzung der Nosologia medica von Boissier de Sauvages (aber ohne Zurückführung auf Casál als den eigentlichen Autor) zu kennen, um die Existenz desselben in Abrede zu stellen, denn gerade diese Lokalisation vertrug sich mit einer „Scottatura di sole", einem Sonnenbrande nicht. Die Spur einer Originalität hat er sich insoferne gewahrt, als er statt der unbestimmten Ausdrücke, wie manus, pedes, pectus, facies, ceteraeque Soli expositae „partes" Corporis, wenigstens die bestimmtere Bezeichnung Handrücken gebraucht. Odoardi anerkennt anscheinend überhaupt nur noch eine weitere Lokalisation, „i piedi" die Füße, die erst nach dem dritten oder vierten Jahre des Bestandes der Krankheit entstellt würden.

Die ziemlich rasch folgenden Beschreibungen von Albera (1784), Fanzago (1789), Zanetti (1778, bezw. 1775), Gherardini (1780), Strambio (1786—1794) und vielen Anderen (Titius, Careno, Videmar) halten an dem von Frapolli gegebenen Schema fest, ohne sich in weitere Einzelheiten einzulassen. Es ist eben immer von den „Hand- und Fußrücken", von den der Sonne exponierten „Teilen" die Rede.

Eine Beschreibung, wie sie z. B. Fanzago in der VII. Krankengeschichte, Seite 62 [1]) liefert, ist, so sehr sie auch entfernt ist, erschöpfend zu sein, eine Ausnahme, welche die Regel nur bestätigt.

Es heißt dort von einer 50jährigen Witwe: *„Il dorso delle sue mani e i carpi tutt' all intorno erano attaccati dal già noto sconcerto della cuticola, la quale specialmente sul dorso della mano sinistra vedeasi come aggrumata in una crosta del diametro d'una moneta. Sul petto sotto il collo scorgevasi lo stesso disordine, che progediva anche intorno al collo dinanzi e di dietro a foggia di collare, non essendone rimaste esenti la fronte, le guance e l'apice del naso. ..... Dopo alcuni giorni di dimora nello Spedale, lavandosi spesso coll' acqua fresca, si separò l'inaridita epidermide, e allora si scoprirono qua e là nella parte destra della faccia, e nel carpo destro alcune macchie rossigne"* [2]).

---

[1]) 1789. Memoria sopra la Pellagra del territorio padovano, umiliata agl'illustrissimi signori Presidenti dell'ospedale di S. Francesco di Padova.

[2]) *„Ihre Handrücken und die Haut rund um die Handwurzeln waren von der bekannten Veränderung befallen. Speziell am linken Handrücken schien die Haut zu einer Kruste von Münzengröße verbacken. An der Brust, unter dem Halse bemerkte man dieselbe Störung. Sie setzte sich um dem ganzen Hals vorne und rückwärts in Gestalt eines Halsbandes fort. Selbst die Stirne, die Wangen, die Nasenspitze blieben nicht verschont. ..... Nach einem Aufenthalte weniger Tage im Spitale, durch häufiges Waschen mit frischem Wasser, löste sich die vertrocknete Haut ab und nun kamen da und dort, in der rechten Gesichtshälfte und an der rechten Handwurzel einige rötliche Flecke zum Vorschein".*

Geradeso wie Sauvages in seiner Nosologie, gestützt auf Kopien der Casál'schen Schrift (welche ihm durch Chomel 1755 bekannt wurden), über die Lokalisation der Pellagra abhandelt, ohne sie selbst gekannt zu haben, so ging es auch im zweiten Viertel des XIX. Jahrhundertes Alibert und Rayer. Sie bringen zwar sogar Abbildungen, behandeln aber das Thema wie etwas Exotisches, ähnlich, wie vielleicht heute in einem europäischen Buche der Dermatologie die Boubas besprochen würden.

Dadurch, daß ihre Bücher weiteste Verbreitung fanden, ward zwar die Lehre von der Pellagra allgemeiner bekannt, mit ihr aber auch all das Ungenaue, das über sie gelehrt und geschrieben worden war.

Und doch hätte gerade von Frankreich, beziehentlich Paris leicht eine Belebung des Themas ausgehen können. Denn 1829 beschrieb Hameau vollkommen selbständig und ohne Kenntnis der bis dahin angesammelten Literatur einen Herd von Pellagra in der Umgegend von Bordeaux, welche Krankheit ihm seit dem Jahre 1818 aufgefallen war. Nun hätte sich die Pariser Schule leicht der Angelegenheit bemächtigen und zufolge der guten dermatologischen Ausbildung wenigstens auf diesem Gebiete zur Vollendung bringen können. Das war aber durch eine eigentümliche Verkettung der Umstände nicht der Fall. Man sprach und schrieb hier wie in Italien von den erwähnten Lokalisationen und legte auf Differentialdiagnose sogut wie keinen Wert.

Erst Paul Raymond nützte seine Pariser dermatologische Vorbildung zum Studium der Lokalisation mit großem Vorteile aus. Erst bei ihm findet man eine genauere Beschreibung, welche Teile vom Hand„rücken" erkrankten, wie weit die Abgrenzung ginge, wie die Grenze aussähe. Es blieben ihm aber trotzdem andere Lokalisationen, als sie das Casál'sche Bild und das Gesicht zeigt, unbekannt.

Erst in den letzten Jahren tauchten Nachrichten auf, daß das pellagröse Erythem auch an anderen Körperstellen auftreten könne, wie z. B. perianal, perigenital.

Es läßt sich daher die Lokalisation in eine gewöhnliche, wie sie auch schon den älteren Autoren bekannt war, gliedern und in eine außergewöhnliche.

A. Die gewöhnliche Lokalisation.

§ 8. a) ***Die Handrücken.***

Die Lokalisation an den Handrücken, wie sie im Folgenden genauer beschrieben sein soll, ist bei weitem die häufigste. Diese Häufigkeit ist der Grund, daß der Arzt bei der Suche nach dem Erythem sich mit der Besichtigung der Handrücken größtenteils begnügen zu können glaubt und vielfach das Pellagra-

Erythem mit der Affektion der Handrücken geradezu identifiziert. Nichts illustriert diese stillschweigende Verallgemeinerung lebendiger, als einige Beispiele aus der Literatur. So hinterlegte Landouzy [1]) die Hände von Kranken, die er in Reims nach seiner Meinung an Pellagra zugrunde gehen sah, als bleibende Beweisstücke in Museen. Ähnlich verfuhr 1881 Hardy [2]); und Marchant [3]) begnügt sich, seine Beschreibung der Pellagra mit fünf Tafeln zu illustrieren, von denen vier je eine Hand in verschiedenen Stadien des Erythems, eine aber die Zunge eines Pellagrösen abbilden.

Für die vielen Forscher, welche die Pellagra nur aus solchen Beschreibungen und Abbildungen kennen lernen mußten, war es vollkommen unmöglich, sich aus diesen ein entsprechendes Bild der Krankheit zu machen.

Die genauere Lokalisation läßt sich auf drei Grundbilder zurückführen, die hier schematisch gezeichnet sein mögen und denen bezüglich der Diagnose eine verschiedene Valenz zukommt.

Zunächst gibt es Fälle, bei denen das Erythem rundliche Flecken von Münzengröße (bis zur Größe der Fünfkronenstücke) erzeugt, die im Bereiche des Handrückens sitzen. Sie können durch unverändert gebliebene Haut getrennt sein oder auch konfluieren. Diese Form ist besonders dem präludierenden Erythem eigen; aber auch das progressive Erythem kann in dieser Weise auftreten.

Die Diagnose ist bei dieser Form prima vista nur mit größtem Vorbehalte zu machen. Sie wird umso sicherer, je mehr andere Lokalisationen an dem Kranken sich vorfinden und je länger der Zeitraum ist, welcher der Beobachtung zur Verfügung steht.

Das zweite Grundbild schließt sich an das erste an, wenn die Konfluenz der Flecke eine ausgebreitetere geworden ist. Dann ist in der Tat der ganze Handrücken ergriffen. Lateral und medial findet die sichtbare Veränderung ihre Grenze an den Randpartien und endet ziemlich scharf an der Linie, wo die schweißdrüsenreiche Volarhaut beginnt.

Proximal greift sie den Unterarm verschieden weit hinauf und endet an der Streckseite mit einer scharfen Querlinie (Siehe Tafel IV, V und VI). An der Beugeseite des Unterarmes begrenzt sie sich durch Fortsetzung der dorsalen Querlinie und endet distal knapp an der Handbeuge. Dadurch wird die Gestalt eines „Handschuhes“ gut imitiert. Gewöhnlich trifft man die Querlinie zwei

---

[1]) Landouzy, De la pellagre sporadique. Paris. J. B. Baillière et fils. 1860.

[2]) an dem in § 43 angegebenen Orte.

[3]) Documents pour servir à l'étude de la Pellagre des Landes. Par le dr L. Marchant. Paris. J. Baillière. 1847. Nach Gaetano Strambio jun. (La Pellagra, i Pellagrologi e le amministrazioni publiche. Milano, bei Dumolard. 1890) sind die Tafeln koloriert. Das mir zugänglich gewesene Exemplar hatte sie lediglich lithographiert.

bis drei Querfinger breit über der Handwurzel, fast immer jedoch im unteren Drittel der Unterarme. Sie ist in den allermeisten Fällen — wie auch die erstere Grundform — symmetrisch gleich an beiden Händen und Unterarmen.

Wie bekannt, trifft man die Unterarme derjenigen Personen, welche mit aufgestreckten Ärmeln im Freien zu arbeiten pflegen, symmetrisch wettergebräunt. Es sei nun ausdrücklichst hervorgehoben, daß ich nie die Grenzen des Pellagra-Erythemes mit den Grenzen dieser wettergebräunten Zone an den Handrücken und Unterarmen zusammenfallen sah. Das Pellagra-Erythem bezieht viel kleinere Strecken und es bleibt sohin eine mehr minder breite Zone brauner Haut neben dem Erytheme übrig.

An den eigentlichen Handrücken fallen aber diese Grenzen zusammen, obschon auch hier die kreisrunden Flecke des ersten Grundbildes im braunen Territorium auftauchen.

Distal überschreitet das Erythem den Handrücken und geht auf die Dorsalflächen der Finger über. Es bleibt das große Verdienst Raymond's[1]), auf dieses Faktum zuerst aufmerksam gemacht zu haben. Wenn er hiemit die äußersten Grenzen der Ausbreitung noch nicht kennen lehrte, so schmälert sich dasselbe in keiner Weise. Denn bis dahin hielt man streng daran fest, daß nur die der Sonne ausgesetzten „Teile" pellagrös verändert sein können. Die bei der Arbeit zumeist geballte Hand ließ ein distales Überschreiten der Handrücken nicht erwarten und so war es fast ein Sakrileg, wenn Raymond den circulus vitiosus „die Sonne erzeugt das Pellagra-Erythem, weil das Pellagra-Erythem nur an den besonnten ‚Teilen' auftritt", störte.

§ 9. Das dritte Grundbild leitet schon zur außerordentlichen Lokalisation hinüber.

Je stärker und heftiger die Eruption, desto höher kann die Erythemzone gegen den Unterarm reichen, obschon eine gesetzmäßige Korrelation zwischen der Intensität des Prozesses und seiner Extensität proximalwärts nicht besteht. Es gibt Fälle, bei denen das Erythem an der Streckseite des Unterarmes sich selbst bis zum Ellbogengelenke hinzieht. In Tafel VII z. B. ist ein Unterarm abgebildet, bei welchem auch an der Beugeseite die Grenze bis über die Ellbeuge hinaufreichte, während in demselben Falle dorsal die Grenze wenige Querfinger breit über der Handbeuge den Unterarm übersetzte. Sie ist in Tafel IV, demselben Falle und derselben Extremität entnommen, dargestellt. Endlich kann die proximale Grenze am Ansatzpunkt des Deltoideus quer um den Oberarm greifen; immerhin sind aber solche Ausdehnungen schon den außergewöhnlichen Lokalisationen zuzuzählen.

---

[1]) an dem in § 4 angegebenen Orte.

Distal, meinte Raymond [1]), verschone das Erythem immer die letzten zwei Phalangen. Er sah zwar an einzelnen Kranken im Abschuppungsstadium eine Desquamation der zweiten Phalangen. Er schloß hieraus auf das gewesene Erythem, wenn er es auch nicht sah. „*La phalangette* — schreibt er — *reste toujours indemne*“ [2]).

Ich bin in der Lage, einen Schritt weitergehen zu können und zu sagen: Das Erythem verschont auch gelegentlich die letzte Phalange nicht. Die Patientin, von welcher die in Tafel IV abgebildete Moulage herrührt, zeigte das Erythem bis an den Nagelrand. Ich mußte aber der Unruhe wegen, welche die Kranke darbot, auf eine Nachbildung der ganzen Fingerrücken verzichten, kann jedoch auf Tafel V, weniger auf Tafel VI diese Tatsache leicht nachweisen.

Der erste Typus bedeutet, daß das Erythem überhaupt wenig Ausbreitung hat und weitere Lokalisationen fast völlig verschont. Bei der zweiten und dritten Grundform wird man andere Lokalisationen in der Regel nicht vermissen.

Die schweißdrüsenreiche Vola soll, einer allgemein verbreiteten Ansicht zufolge vollkommen verschont sein [3]). Dies kann ich nur insoweit als zu Recht bestehend gelten lassen, als man hier ein erythematöses und entzündliches Stadium nie beobachtet.

Wenn aber die Ex- und Transsudation aus dem Erythem der dorsalen Gegend gewichen ist und die Abschuppung beginnt, dann habe ich des öfteren auch in den beiden Volis und selbst an der Volarfläche der Finger eine dünne, lamellöse Desquamation in Form von unregelmäßig umgrenzten Fetzen gesehen und demonstrieren können. Etwas Ähnliches beobachtet man ja bekanntlich auch beim Scharlach und daraus glaube ich mit Recht folgern zu können, daß das Erythem sicher auch an den Hohlhänden selbst auftreten kann, daß es jedoch dort klinisch und makroskopisch nur erst durch die Folge zum genügenden Ausdruck kommt.

Die Fingernägel selbst sind nie in solchem Maße verändert, daß man auf eine Beteiligung des Nagelbettes schließen könnte.

§ 10. b) ***Die Fußrücken.***

Es läßt sich nicht genau angeben, welche Lokalisation an Häufigkeit gleich hinter jener der Handrücken stünde. Wenn hier der Reihe nach die Besprechung der Ausbreitung des Erythemes an den Fußrücken folgt, so geschieht dies vornehmlich wegen der großen Analogie, welche die beiden Örtlichkeiten haben.

---

[1]) an dem in § 4 a. O.

[2]) „*Das Nagelglied bleibt immer unversehrt*“.

[3]) Allerdings beschrieben sehr verzeinzelte Autoren (Hameau, Cámara Vales) auch hier Rhagaden und Abstoßungen der Hornmassen. Es ist aber fraglich, ob das nicht Schwielen waren.

Der gewöhnliche Typus, der dem Beobachter entgegentritt, grenzt sich proximal in einer Linie ab, welche quer in der Malleolengegend über das Sprunggelenk hinüberzieht. Die Malleolen sind hiebei in der Regel in die erkrankte Zone einbegriffen. Die Ferse bleibt frei und nun zieht der Saum, ähnlich wie an der Hand, an beiden Fußrändern scharf abgesetzt nach vorne. Distal hört das Erythem entweder knapp an den Zehen auf, oder es schreitet, — was häufiger ist — auf die Zehenrücken über. Dabei beobachtet man, daß von letzteren der Rücken der großen Zehe am weitesten gegen den Nagel zu befallen wird, die zweite Zehe nur bis zum ersten Interphalangealgelenke, bei der dritten und vierten wird das freie Ende immer länger und die fünfte Zehe kann ganz unbehelligt bleiben. Diese Anordnung erfährt indes so manche Varianten; in der Regel jedoch ist der Rücken der großen Zehe am ausgedehntesten erkrankt. (Siehe Figur B Tafel XIV.)

Auch proximal hat die Abgrenzung ihre Spielarten. In extremen Fällen sah ich sie (bei einem Manne) rechts zwischen oberem und mittlerem Drittel des Unterschenkels rund um denselben; links vorne knapp unter dem Knie, rückwärts knapp ober der Kniekehle endigen. Es fehlt also in solchen Fällen — ähnlich wie an den oberen Extremitäten — jene staunenswerte Symmetrie, welche die typischen Lokalisationen auszuzeichnen pflegt.

Die Zehennägel bleiben intakt und ob sich an den Sohlen und den Plantarseiten der Zehen im Deferveszenzstadium Abschuppung zeigt, konnte ich nicht in Erfahrung bringen. Es scheint mir dies aber in hohem Grade wahrscheinlich.

Das Erythem tritt an den Fußrücken nie allein und selbständig auf. Es begleitet entweder den Ausbruch der Handrücken, oder folgt ihm in kurzem Intervalle nach, oder es gesellt sich zu den weiteren gewöhnlichen Lokalisationen.

§ 11. c) ***Das Gesicht.***

Die Lokalisation im Gesicht läßt ebenfalls zwei Typen erkennen; eine diffuse und eine fleckige Ausbreitung. Beide zeigen in hervorragendem Maße deutliche und oft überraschende Symmetrie.

Beim zweiten Typus (Tafel X A und B) gewinnen die Flecke eine verschieden starke Ausbreitung. Sie kann so intensiv werden, daß sie sich dann dem ersten Typus nähert und eine strikte Einteilung manchmal undurchführbar wird. So könnte man den in Tafel X B abgebildeten Fall fast schon zum zweiten Typus rechnen.

In den schwächsten Graden des fleckigen Typus ist nur die Nasenwurzelgegend befallen. Nun folgen, ohne bestimmte Reihenfolge bezüglich der Häufigkeit: die übrige Nasengegend, die Stirne, die Wangen, das Kinn, die Lippen, seltener die Lider oder die Ohrmuscheln. Die Flecken sind von Münzen-

größe und Form, in andern Fällen erzeugen sie girlandenartige Figuren oder haben serpiginöse, beziehentlich buchtige Grenzlinien, wie sie sonst im allgemeinen Erythemen eben zukommen.

Der diffuse Typus grenzt an der Stirne knapp an die Haarlinie, läßt aber immer noch einen schmalen Saum gesunder Haut zwischen den Haaren und dem Erythem übrig. Vor dem Ohre zieht dann die Grenze gegen die Kieferwinkel und läuft dem Kieferrande entlang zur anderen Gesichtshälfte. Die Heftigkeit des Erythems ist nicht im ganzen Gebiete dieselbe. Glabella, Stirne, Nase und Wangen akzentuieren sich etwas stärker. (Siehe Tafel VIII und IX)

Die erythematöse Röte erreicht im Antlitz nur selten einen besondern Grad von Heftigkeit. Sie wird leicht übersehen; selbst dann, wenn man auf sie bedacht ist. Oft wird man erst durch die nachträglich auftretenden weiteren Veränderungen im Gebiete des ehemals geröteten Bezirkes darauf aufmerksam, daß man der seinerzeitigen Rötung nicht die rechte Beachtung geschenkt hat. Ja selbst die sekundären Veränderungen können geringgradig sein und ich konnte zu wiederholtenmalen wahrnehmen, daß sie vom beobachtenden Arzte übersehen waren.

Auf diese Weise wird es ganz erklärlich, daß Casál von dieser Lokalisation keine Erwähnung macht. Der älteste Autor, bei welchem ich sie berührt finde, ist, wie gesagt, Frapolli. Er streift die Tatsache mit den bereits erwähnten Worten: *„; .... pectus, raro etiam facies, ... turpiter foedantur“* [1]).

Eine genauere Schilderung dieser Lokalisation vermißt man jedoch selbst bei Raymond. Während er sich um das Erythem an den Handrücken ausführlich annimmt, begnügt er sich bezüglich des Gesichtes mit den Worten: *„Chez les enfantes, il se montre* (nämlich das Erythem) *sur le front, les joues, le nez. Cette disposition se présente aussi chez les femmes et très rarement chez les hommes“* [2]). Dies kann ich nur bestätigen und meine Tafeln VIII, IX und X stammen in der Tat nur von Kindern und Frauen. Bei einem Manne sah ich die Lokalisation erst einmal und zwar war dies ein Soldat aus Ungarn, der circa 1895 im Garnisonsspitale in Graz lag und der erste Fall war, den ich je sah. In dem Atlas von Behrend [3]) ist auf Tafel XVII, Fig. 6, die linke Gesichtshälfte eines Mannes mit dem fleckigen Typus abgebildet. In Mexiko soll nach Cámara Vales [4]) das Gesicht der Männer weit häufiger sich pellagrös verändern, als das der Frauen.

Es möge gleich jetzt hervorgehoben werden, daß die scharfe Begrenzung der diffusen Form in den Stadien, welche dem Erythemstadium folgen, unter

[1]) an dem in § 7 a. O.

[2]) a. d. i. § 4 a. O. *„Bei den Kindern zeigt es sich an der Stirne, den Wangen, der Nase. Diese Anordnung trifft sich auch bei den Frauen und sehr selten bei den Männern“.*

[3]) a. a. i. § 3 a. O.

[4]) a. d. i. § 24 a. O.

dem Kinne etwas undeutlich wird. Diese posterymatösen Veränderungen sollen im Folgenden durch den ebenso kurzen, als treffenden Ausdruck „Maske“ herrührend von den oberitalischen Autoren (la maschera) bezeichnet werden.

Das Gesichts-Erythem und die nachfolgende Maske sind nie selbstständige pellagröse Hauterscheinungen, sondern gesellen sich immer einem Erytheme der Handrücken oder anderer Lokalisationen hinzu.

§ 12. d) ***Das Casál'sche Halsband und sein Sternalfortsatz.***

Die stärkste Ausbreitung, welche diese Stelle erfahren kann, ist durch folgende Begrenzungslinien gegeben: Im Nacken, etwas unter der Haargrenze zieht sie (Tafel XI) quer über die Zervikalgegend, hält sich parallel dem horizontalen Kieferaste, von diesem einige Querfinger entfernt, und greift in der Höhe des sogenannten Adamsapfels auf die andere Halsseite.

Die untere Begrenzungslinie beginnt etwas unter der Vertebra prominens und hält sich fast genau an die untere Halslinie, um knapp über dem oberen Rande des Manubriums sich mit der Gegenseite zu vereinigen.

Dadurch entsteht in der Tat ein ziemlich breites Halsband, ein Kragen, der — allerdings gehört das nicht zur Regel — nach oben Zacken aussenden kann, wie dies in der Abbildung A Tafel X zu sehen ist.

Die Varianten, welche dieses Bild darbietet, sind: Zunächst kann der ganze Streifen sehr schmal, kaum fingerbreit werden. Dann kann er zwar die oben angedeutete Breite haben, ist aber dafür unvollständig, oder die Unvollständigkeit kombiniert sich mit der Schmächtigkeit. Die Wirbelgegend und die Gegend um den Kehlkopf können frei bleiben; oder umgekehrt nur die Wirbelgegend ergriffen sein. Was dann dabei vom Bande erhalten bleibt, zeigt in der Regel größte Symmetrie. Schmale und unvollständige Streifen werden nicht allzuselten übersehen.

In der Casál'schen Abbildung (Tafel I) ist das Halsband etwas zu tief herabgesetzt und greift über die Schlüsselbeingegend hinaus.

In vielen Fällen nun hat das Halsband vorne über dem Manubrium sterni einen Fortsatz, die Appendix fasciolae von Casál. Derselbe beginnt ziemlich breit, deckt die Sternoklavikulargegend, zieht unverschmälert oder nur schwach sich verschmächtigend über das Sternum und endigt mehr oder weniger spitz, manchmal auch quer etwa in der Höhe der Brustwarzen.

Das reine Halsband findet sich bei Kindern und Erwachsenen beiderlei Geschlechtes. Bei Männern, deren Hals viel häufiger wettergebräunt zu sein pflegt, als jener der Frauen und Kinder, halten sich die Grenzen nicht an die der gebräunten Haut. Sehr häufig trifft man es bedeutend schmäler. Die Erythemröte wird dann durch das Braun häufig so gedeckt, daß sie nur bei aufmerksamer Beobachtung überhaupt gesehen wird. Nicht so bei Frauen und Kindern,

bei welchen sie sehr deutlich von der weißen Halsfarbe absticht. Die „Appendix“ jedoch habe ich bislang nur bei Männern gesehen. Auch ist es mir nicht bekannt geworden, daß sie von anderen Autoren bei Frauen oder Kindern beobachtet worden wäre.

Das Halsband mit dem Sternalfortsatz ist ebenfalls nie allein wahrzunehmen: ebensowenig der Fortsatz allein. Es kompliziert sich diese Eruption immer mit anderen Lokalisationen.

B. Die außergewöhnliche oder atypische Lokalisation.

§ 13. Unsere Kenntnisse von der außergewöhnlichen Lokalisation reichen eigentlich auf verhältnismäßig wenige Jahre zurück. Es hängt das mit der Anschauung zusammen, nach welcher die Hautsymptome lediglich für Sonnenwirkung bei Pellagrösen erklärt wurden und heute noch so aufgefaßt werden. Die Fälle, welche mir unterkamen, beziehentlich Moulagen derselben, habe ich 1905 zunächst in Rovereto und dann bei der Naturforscher-Versammlung in Meran demonstriert und besprochen. Deiaco[1 u. 2]) beschreibt meines Wissens als Erster das Auftreten des Erythems am äußeren Genitale pellagröser Frauen. Pellagröse Entzündungen der Vulva und Vaginititiden waren allerdings wohl schon lange bekannt. Zwei Jahre später bespricht er und bildet eine ganze Reihe außergewöhnlicher Lokalisationen ab. Er erwähnt hiebei, daß weiters Stefanowicz am 77. Deutschen Ärzte- und Naturforschertage für sich die Priorität in Anspruch genommen habe, auf pellagröse Veränderungen am weiblichen Genitale aufmerksam gemacht zu haben.

Es ist selbstverständlich, daß der Beurteilung, ob eine Lokalisation eine „gewöhnliche“ oder „außergewöhnliche“ sei, die Willkür etwas Spielraum läßt. So wird man vielleicht mit Raymond die in Tafel V abgebildete Ausdehnung über die ersten Phalangenrücken hinaus als außergewöhnliche bezeichnen. Ebenso wird man allenfalls im Zweifel sein können, ob einseitige Fortsetzungen des Erythems der Handrücken, sei es nun an der Streckseite oder der Beugeseite, (wie der in Tafel VII dargestellte Fall) oder rings um die Extremitäten gehende proximal gerichtete Fortsetzungen außergewöhnlich gelagerte Herde seien. Ferner wird man unter Umständen schwanken, die Platte, welche in Figur A der Tafel X knapp an der Haargrenze im Nacken, vom Casál'schen Halsband durch einen schmalen Saum gesunder Haut getrennt ist, der einen oder anderen Gruppe zuzurechnen.

---

[1]) Deiaco Pius, Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra. Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 35, 1905.

[2]) Derselbe, Über Lokalisation und Natur der pellagrösen Hautsymptome. Ebenda, Nr. 32, 1907.

Von solchen Subtilitäten abgesehen gibt es aber unzweifelhaft atypische Lokalisationen und ich glaube eine Beschreibung derselben am besten in der Weise geben zu können, daß ich sie Revue passieren lasse, wie sie mir eben teils persönlich, teils aus der Literatur untergekommen sind.

Im allgemeinen will ich nur vorausschicken, daß neben den atypischen auch typische Lokalisationen im selben Falle vereinigt sein können, was natürlich die Diagnose sehr erleichtert, während anderseits die atypischen Lokalisationen auch ganz allein bei einem Pellagrösen auftreten können. Nach welchen Merkmalen sich dann die Diagnose zu richten hat, soll im § 29 erörtert werden.

Als allgemein geltend ist nötig hervorzuheben, daß das erythematöse Stadium bei den atypischen Lokalisationen noch von keinem einzigen Forscher beschrieben, von keinem gesehen wurde, sondern immer nur der vorgeschrittene, veränderte Zustand desselben. Ich muß aber aus der Analogie — und wohl kaum irrig — schließen, daß dieses Stadium der Rötung bei allen solchen Fällen in der gleichen Ausdehnung bestanden hat.

§ 14. Eine entschieden sehr seltene atypische Lokalisation bot mir der in Tafel XII abgebildete Fall. Der streng umschriebene Herd saß an der vorderen rechten Achselfalte, hatte gegen den Deltoides zu zwei halbkreisartige Ausbuchtungen und endete in der Achselhöhle. Leider bin ich nicht in der Lage, die genaue Abgrenzungsart gegen die haarreiche Stelle angeben zu können. Die symmetrische Stelle der anderen Seite war frei und unverändert.

Gleichzeitig bestand an der Patientin, von welcher außerdem die Abbildungen Tafel IV, VII, IX und XI herrühren, im Gesichte die typische diffuse Form des Erythems und zwar schon in Form der Maske; ein breites Casál'sches Halsband; die symmetrische Veränderung an den Handrücken, distal bis an die Nägel, proximal an der Streckseite wenige Querfinger über das Handwurzelgelenk greifend. An der rechten Beugeseite des Unterarmes setzte sich das Erythem in einer Form gegen die Ellbeuge fort (Tafel VII), die man allenfalls auch atypisch oder außergewöhnlich nennen könnte.

Eine andere, auch sehr seltene Lokalisation sah ich in der Perianalgegend. Sie reichte seitwärts etwa so weit, als die beiden Hinterbacken aneinander zu liegen pflegen und in ebendieser Ausdehnung reichte sie sakral-, beziehentlich perinealwärts. Gegen die übrige Haut war sie streng abgegrenzt, gegen die Schleimhaut des Afters setzte sie sich nicht deutlich ab.

Die übrigen Herde bei dieser Patientin (einer damals 31jährigen Schmiedemeistersgattin) waren: Rudimentäres, mehr links ausgeprägtes, vorne fehlendes Halsband; im Gesichte die fleckige Form mit Freibleiben der Lider, Wangen und des Kinnes. An den Handrücken endete die Veränderung distal an den letzten Phalangenrücken, proximal griff sie bis etwa in die Mitte der Unterarme und zwar volar und dorsal. Endlich bestand ein Streifen quer über die Malleolen an den Füßen. Die Fußrücken selbst waren frei.

Die Patientin bot noch eine zweite atypische Lokalisation und zwar an den Ellbogen. Leider habe ich versäumt, die genaue Ausdehnung dieser Herde zu notieren. Ich kann jetzt nur mehr angeben, daß sie symmetrisch und rings von gesunder Haut umgeben waren; sie reichten ferner nirgends an das proximale Ende der Handrückenveränderung heran.

Eine eigentümliche außergewöhnliche Lokalisation sah ich endlich am linken Unterarme eines etwa 7jährigen Knaben. Der ovale, etwa 3 cm lange und 2 cm breite Herd saß mit der Längsachse parallel der Ulna und über derselben, etwa drei Querfinger unter dem Ellbogen mitten in sonst gesunder Umgebung. (Siehe Textfigur 1.)

Außerdem hatte der Knabe an gewöhnlichen Lokalisationen: die Handrücken bis an die Nägel und etwas über das Handwurzelgelenk, dort durch eine Linie quer über das ganze Unterarmende (dorsal und volar) abgegrenzt. Ferner ein schwaches und spärliches fleckiges Erythem im Gesichte, besonders an der Stirne und der Nasenwurzel.

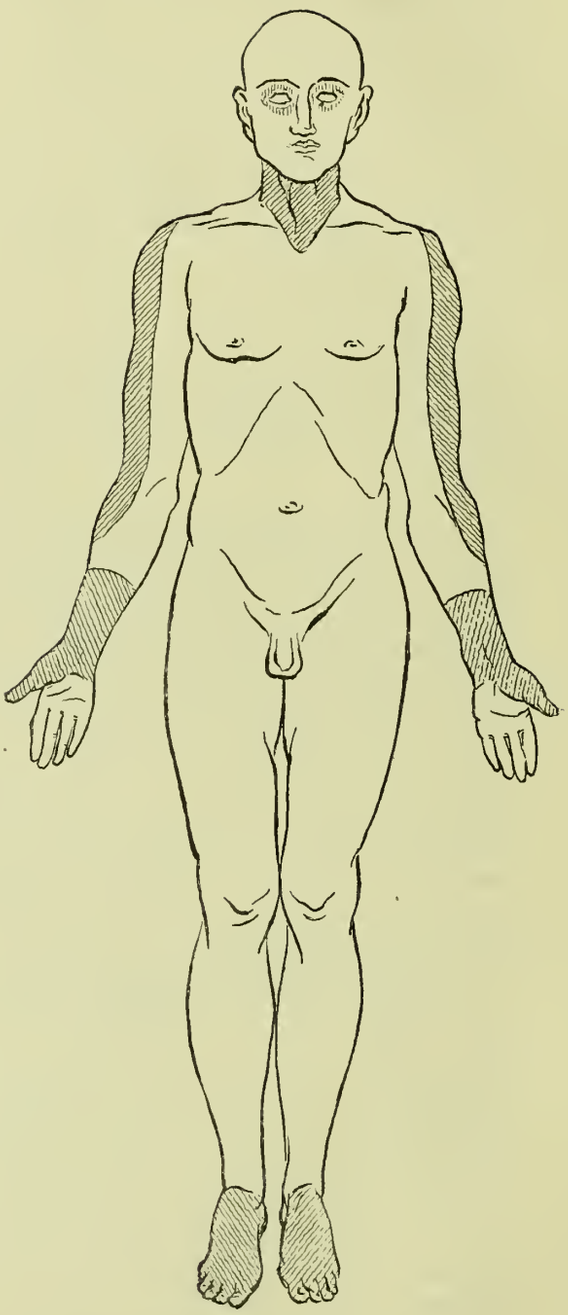
§ 15. Ebenso belangreich sind die Mitteilungen Deiaco's aus dem Jahre 1907. Sein Fall 1. (L. C. 49 Jahre alt, Bauer aus Lavis) — siehe Textfiguren 2 und 3 — hatte an außergewöhnlichen Lokalisationen: 1. einen Streifen, beginnend symmetrisch am Akromium, der die laterale Hälfte des ganzen Oberarmes umgreift, so daß die mediane Hälfte der Beuge- und Streckseite frei bleibt. Der Streifen setzt sich noch auf das obere Drittel des Unterarmes in ganz derselben Weise fort. Außerdem war ein kleiner, isolierter Herd über dem Olekranon beider Seiten. 2. Vom Gesichte sind nur die beiden Lider symmetrisch verändert, wodurch ein Bild entsteht, *„als wären die Augen mit Brillen bewaffnet."*

Die gleichzeitig beobachteten gewöhnlichen Lokalisationen sind aus den Textfiguren ersichtlich.

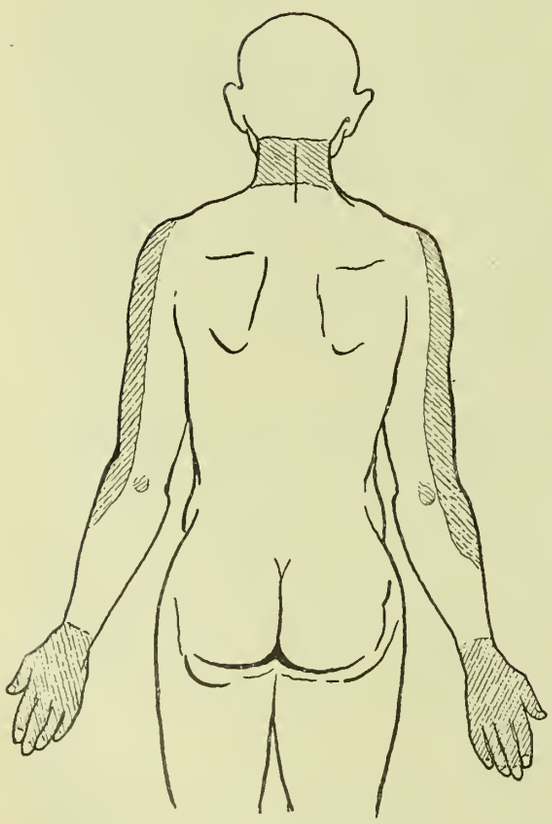
Bei einem anderen Kranken (Fall 3. M. G. 39 Jahre alt, Bauer aus Oltresarca) fand Deiaco auf der Höhe der Schultern symmetrisch beinahe kreisförmige Herde von etwa 12 cm im Durchmesser. Der laterale Rand derselben lehnte sich ans Akromium, der mediane reichte bis an die Stelle, an welcher sich der Hals im Nacken aus dem Rumpfe erhebt. Die beiden Stellen saßen also etwa nach der Art von Epauletten. Die Pellagra dieses Kranken währte schon an sieben Jahre, es war aber zur Zeit, als Deiaco diese seltene Lokalisation beobachtete, keine andere frische pellagröse Hautveränderung nachzuweisen.

Ein sehr schönes Beispiel ist ferner sein Fall 4 (F. Z. 31jähriger Maurergehilfe aus Sfruz im Nonstale), den ich durch gütige Vermittlung Deiaco's auch selbst zu sehen Gelegenheit hatte. Die ersten Anzeichen von Pellagra (unstillbare Diarrhöen) datierten auf etwa vier Jahre zurück. Die Eruption, bei

Figur 1. (Zirka 7jähr. Knabe.)



Figur 2.
(Nach Deiaco.)



Figur 3.
(Nach Deiaco.)

welcher die zu erwähnenden atypischen Lokalisationen getroffen wurden, war, soweit sich aus der Anamnese schließen ließ, schätzungsweise die dritte.

Von typischen Stellen fanden sich 1. die Handrücken von den Nägeln der Finger an bis etwa drei Querfinger über das Handwurzelgelenk und manschettenförmig auf die Beugeseite der Handwurzel übergreifend. 2. Die Fußrücken von den Nägeln an, längs des äußeren Fußrandes bis zu den Malleolis externis und am inneren Fußrande bis zu den inneren Knöcheln. 3. Ein rudimentäres Casál'sches Halsband, nur in der Nackengegend bis zum hinteren Rande der Sternokleidomastoidei und knapp bis ans Haar.

Die atypischen Lokalisationen des Falles waren gleichfalls symmetrisch und zwar an den Knieen, den Ellbogen und dem Skrotum.

An den Knieen — siehe Textfigur 4 — grenzte sie sich knapp ober den Kniescheiben in mehr oder minder buchtiger Linie nach obenzu scharf ab, reichte ungefähr an die Kondylen heran, ohne die Vorderseite der Extremität zu verlassen und setzte sich an der Tibiakante zungenförmig nach unten bis etwa zur Mitte der Unterschenkel fort.

Ähnlich begann die Veränderung an den Ellbogen — siehe Textfigur 5 — in Dreieckform mit der Basis knapp über denselben und hörte, überall scharf begrenzt, mit einem zungenförmigen Fortsatz etwa an der Grenze des oberen und mittleren Drittels der Ulnarkante auf.

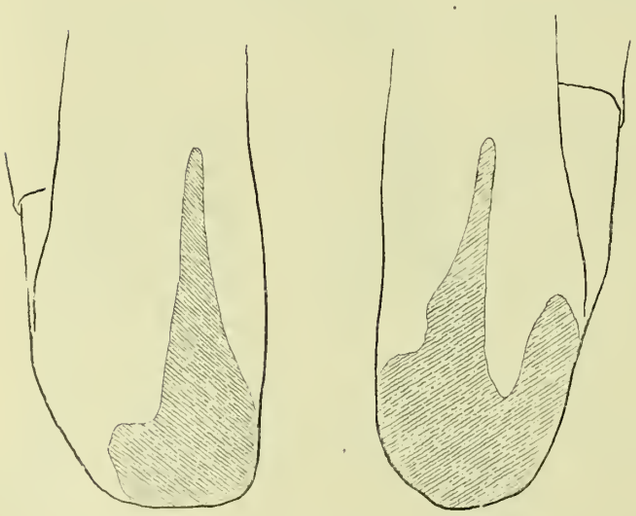
Die äußerst interessante Lokalisation an der Skrotalhaut — siehe Textfigur 6 — nahm fast genau symmetrisch an beiden Seiten der Raphe an der Unterseite eine etwa eiförmige Figur mit scharf abgegrenzten, leicht buchtigen Rändern ein.

§ 16. Es soll vorläufig unerörtert bleiben, warum diese atypischen Stellen als pellagröse Hautveränderungen angesprochen werden mußten und woran ihr spezifischer Charakter zu erkennen war. Eine solche Auseinandersetzung wird umso notwendiger werden, als sonst leicht der Gedanke wach werden könnte, diese ungewöhnlichen Lokalisationen seien gerade deswegen nicht pellagrös, weil sie sonst längst hätten auffallen und beschrieben sein müssen. Der Widerspruch löst sich aber, wenn man bedenkt, daß die pellagrösen Hauterscheinungen unter anderen folgende zweierlei Bewertungen erfahren können: einerseits als hilfsdiagnostisches, anderseits lediglich als dermatologisches Problem. Von letzterem wird im Abschnitte V die Rede sein. Hier sei nur vorausgeschickt, daß es als solches bislang nur wenige Forscher interessierte.

Dafür fanden aber die Hautsymptome schon frühzeitig als hilfsdiagnostisches Problem ihre Anwendung. Aber nicht in erschöpfendem Maße. Das heißt, ihr Wert fiel, wenn die Krankheit durch andere Symptome festzustellen war. Man beachtete dann das Erythem gleichsam erst in zweiter Linie und hörte mit halbem Ohre aus der Anamnese, daß die Hautveränderungen sich

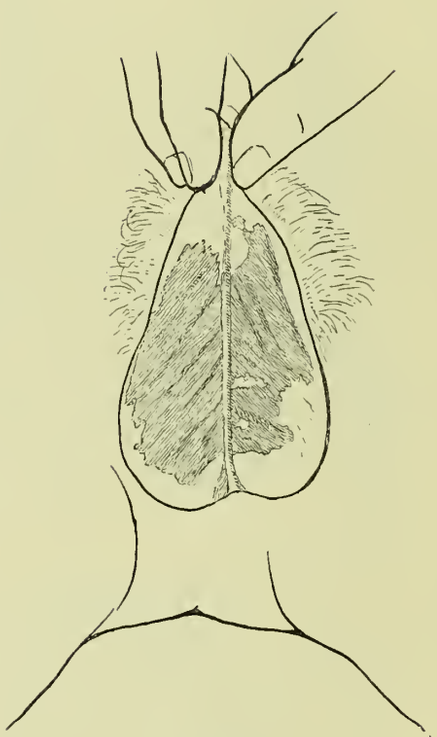
Figur 4.

Atypische Lokalisation des Erythems an den Knieen.
(Nach D e i a c o.)



Figur 5.

Atypische Lokalisation des Erythems an den Ellbogen.
(Nach D e i a c o.)



Figur 6.

Atypische und sehr seltene Lokalisation des Erythems am Skrotum. (Nach D e i a c o.)

schon in früheren Jahren gezeigt hätten. Es genügte für den Zweck vollständig, das Erythem überhaupt an irgendeiner der typischen Lokalisationen zu sehen. Gewöhnlich konzentrierte man die Aufmerksamkeit auf die Handrücken. Sah man hier die Diagnose bestätigt, so berücksichtigte man kaum mehr das Gesicht, die entblößte Brust, den Hals, die Füße, geschweige denn die übrige Haut.

Im Anfange der Erforschungsperiode der Pellagra schien diese Zurücksetzung nicht so schwer zu stören. Sie war erklärlich, weil anfänglich die mündliche Überlieferung viel zur Verbreitung der Lehre beitrug. Überdies hatte die Dermatologie doch erst viel später ausgehend von dem damaligen Zentrum Paris und der späteren Pflegestätte Wien allgemeinere Bedeutung erlangt und die wenigen sporadischen Fälle, welche dort zur Beobachtung gekommen waren, genügten keineswegs, zu verhindern, daß die Schilderungen der Hautsymptome viele Jahrzehnte hindurch schablonenartige Wiederholungen geblieben sind. Von einem vertieften Studium der Verteilung vollends atypischer Lokalisationen konnte da nicht die Rede sein.

2. Das klinische Bild während des Verlaufes.

§ 17. Die geschilderte Lokalisation allein kennzeichnet die Eigenart des Prozesses schon im bedeutendem Maße. Bei der atypischen Lokalisation setzen in willkommener Weise die weiteren Veränderungen ein, welchen das progressive Erythem unterliegt. Unter diesen nehmen, wie schon im § 5 angedeutet wurde, die Erscheinungen in der Hornschichte, die Neigung zur „Hyperkeratose“ einen breiten Platz ein.

Die Umwandlungen sind nicht an allen Örtlichkeiten die gleichen und lassen mehrere Formen unterscheiden: die bullöse oder blasige Form, das Entstehen von Rhagaden, die Pustelbildung und die einfache trockene Abschälung. Ihre Kombinationen pflegen an gewissen Stellen das Bild sehr bewegt zu gestalten, insbesonders, wenn hiezu noch durch akzessorische Prozesse Komplikationen treten.

Dies ist vor Allem an den Handrücken, in zweiter Linie an den Fußrücken der Fall.

§ 18. Die Blasen selbst haben weder in ihrer Form noch in ihrem Aussehen, noch in ihrer Größe, in der Beschaffenheit des Inhaltes, der Decke besondere, für die Pellagra spezifische Eigentümlichkeiten. Sie sind lediglich der klinische Ausdruck für eine abnorm gesteigerte Saftzufuhr in die obersten Schichten des Coriums und der Epidermis und nehmen Formen an, wie sie beim Erythema exsudativum multiforme Hebra gelegentlich zu finden und z. B. in Tafel III ab-

gebildet sind. Sie erscheinen vornehmlich an beiden Handrücken, nicht leicht an einem allein und zwar ziemlich bald nach dem Erythem, wenn dieses eben auf der Höhe seiner exsudativen Entwicklung angelangt ist. Sind deren mehrere, so tauchen sie fast simultan auf und obliegen in ihrer weiteren Metamorphose ungefähr gleichartigen Umgestaltungen.

Der Inhalt nimmt den ganzen Blasenraum ein, wird nicht durch Fächer geschieden und ist zunächst klar, rein serös. In den seltenen Fällen, in denen eine (sekundäre) Verunreinigung entweder vollkommen oder wenigstens zum allergrößten Teile verhütet bleibt, mag derselbe eintrocknen und gerinnen, wandelt sich sohin in eine schuppige Borke um, unter welcher sich in angemessener Zeit die Hornschichte regeneriert. Oder aber der Inhalt fließt nach irgendwie erfolgter mechanischer Verletzung der Blasendecke ab, worauf gleichfalls eine verharschende Kruste die Neubildung der Hornschichte begünstigt. Das Erythem, dessen Farbe ein tief gesättigtes Braunrot angenommen hat, hebt sich dann gegen die frischen Überhäutungsstellen mit ihrer hellen, lividen Farbe grell ab und verleiht dem Handrücken ein fleckiges Aussehen.

Schier unübersehbar wird aber die Fülle der Formen, wenn der Inhalt sich sekundär eitrig trübt oder durch weitere und schwerere Infektionen verändert wird.

Von diesen Komplikationen trifft man am häufigsten auf die einfache Umwandlung des Blaseninhaltes in Eiter. Der Blasengrund und seine Umgebung werden entzündlich gerötet, ödematös geschwellt, die regionären Lymphknoten — gewöhnlich handelt es sich um die Kubital-, wohl auch Axillarknoten — schwellen geringgradig und schmerzhaft an, ohne daß sie jedoch abszedierten. Dazu gesellen sich in vernachlässigteren Fällen Erhöhungen der Körpertemperatur, manchmal auch akut lymphangioitische Streifungen. Nichts destoweniger ist der endliche Ausgang ein günstiger. Ein Teil des entleerten Eiters verklebt mit der geplatzten Blasendecke zu gelblich-grünen Krusten, unter denen die Epidermis sich neu anbildet und schließlich kommt es zu demselben fleckigen Aussehen, von welchem schon bei den unkomplizierten Fällen die Rede war. Allerdings, bei einem weiteren, kleineren Teile der Fälle zerstört die eitrige Entzündung am Blasengrunde Partien des Epithels mitsamt darunterliegendem Corium, und der blosgelegte Blasengrund wandelt sich in eine zuweilen recht üppig granulierende Wunde um. Dadurch wird die Wiederherstellung der Gewebe nur mehr durch Neubildung von Bindegewebe möglich und die Heilung erfolgt durch Vernarbung.

Theoretisch — weit weniger praktisch — ist für einen Rest der Fälle selbstredend noch eine Reihe von akzessorischen Wundveränderungen möglich, wie krupöse Membranbildung, echte Diphtherie, Sepsis, Erysipel. Das sind aber Eventualitäten, welche den Rahmen des Gewöhnlichen zu sehr über-

schreiten und die im klinischen Bilde für die Pellagra nichts Typisches mehr haben, so daß ich mich mit einer Betonung ihrer Möglichkeit begnügen kann.

Ein weiterer Ort, an welchem sich das Pellagra-Erythem ebenfalls bis zur Blase steigern kann, ist — allerdings selten — der Fußrücken und noch seltener der Nackenteil des Casál'schen Bandes. Die vorhin geschilderten Komplikationen treten aber höchstens noch an den Fußrücken zutage; vom Casál'schen Halsbande sind sie unbekannt.

Die Blasen tauchen an den Hand- oder Fußrücken nie auf der ganzen vom Erythem ergriffenen Fläche auf. Zwischen ihnen stößt man selten auf gesunde, sondern fast immer nur auf pellagrös-erythematöse Haut. Am Nacken jedoch kann der ganze Teil des in solchen Fällen zumeist rudimentären Halsbandes in eine einzige Blase umgewandelt sein.

Für diese Variation des Pellagra-Erythems ist der Ausdruck Phemphigus pellagrosus im Gebrauche.

§ 19. Schon wenige Tage nach Zutagetreten des Erythems nimmt man wahr, daß die Oberfläche der Hornschichte vielfach — siehe Tafel IV — kleine Risse erhält, die zunächst in dieser allein verlaufen. Sie können aber auch sehr bald das Corium erreichen und durchtrennen. Dann sind Rhagaden entstanden, welche ähnlich wie die Blasen nur an den Handrücken, seltener an den Fußrücken, nie an den anderen Lokalisationen erscheinen. Sie haben ferner mit den Blasen gemeinsam, daß auch sie bei Fernhaltung von Infektionen allmählich und ohne Spuren zu hinterlassen ausheilen können. Im gegenteiligen Falle beginnen sie Eiter abzusondern, entfalten Wundgranulationen und überhäuten schließlich sogar unter Narbenbildung.

Rhagaden kombinieren sich gerne mit Blasen. Der in Tafel IV abgebildete Fall wurde an dem vollkommenen Verlaufe des Erythems durch den vorzeitigen Exitus letalis verhindert; ich glaube aber kaum fehl zu gehen, wenn ich behaupte, diese mit starker Exsudation einsetzende Erythemform der Handrücken hätte bei ungestörter Weiterentwicklung zu einem Pemphigus, sicher zu Rhagaden geführt.

Endlich entstehen — wieder vor allem an den Handrücken, weniger über der Dorsalseite der Füße, gar nicht endlich an anderen Lokalisationen — auf der Höhe der Exsudation oder bald nach ihrem ersten Nachlassen eine Reihe von Pusteln mit entzündlicher Infiltration des angrenzenden Bindegewebes. Ihre Größe schwankt zwischen jener eines Hirsekornes bis zu der einer Erbse. Unter Umständen erreichen sie aber die Größe und das Aussehen ausgebildeter Abszesse. Sie tauchen beiderseitig und in größerer Zahl auf, stehen zuweilen dicht gedrängt sowohl über dem Handwurzelgelenke als sonst über dem Handrücken, seltener über den Fingerrücken und erhöhen den Entzündungsgrad in erheblichem Maße.

Sie kombinieren sich nicht allzuselten mit Blasen und Rhagaden und dadurch erlangen die Handrücken ein in höchstem Grade entstellendes Aussehen. Die Erythemröte, allmählich schon ins Braun übergegangen, wird durch die einzelnen Pustelherde wieder lebhaft. Der fleischige Grund der Rhagaden, das blosgelegte Corium am Blasengrunde, der Eiter, die Krusten, blutige Borken, die frische Entzündung schwellen die Handrücken zu unförmlichen Massen. Dazu treten heftige Schmerzen, Fieber; kurz ein Anblick, wie man ihn bei anderen erythematösen Prozessen nicht anzutreffen pflegt.

Allmählich kommt auch in dieses bewegte Bild Ruhe. Die Erythemröte schwindet vollkommen, macht einer braunen Verfärbung der Handrücken Platz. Die Eitersekretion erlischt, das freigelegte Corium überhäutet sich und schließlich bleiben entsprechend gestaltete Narben von anfänglich livider, später weißlicher Farbe an den Handrücken zurück.

§ 20. Glücklicherweise ereignet sich diese Aufhäufung von Formen nicht als Regel und sowohl an den Handrücken — besser freilich an den übrigen Lokalisationen — vollzieht sich die Abstoßung der Hornschichte unter dem Bilde trockener Abschuppung. Einige Tage nach dem Erscheinen des progressiven Erythems entwickeln sich — siehe Tafel V — grieselige, oberflächlich glatte Hornhügelchen von charakteristischer Farbe. Sie liegen dicht aneinander und machen die Stelle in ihrer Gesamtheit rauh wie ein Riebeisen.

Die Art ihres Entstehens aus der gesunden Haut läßt sich an der Hand der Abbildungen nicht unschwer verfolgen. Zunächst findet man, daß das Erythem am Relief der Haut wenig ändert. Bald — siehe Tafel IV — vertiefen sich die natürlichen Linien und Furchen, welche (wie z. B. an den Handrücken rhombische) Felder begrenzen. Die Felder selbst erheben sich kräftiger, die Hornmassen auf ihnen werden hart, transparent, bis sie — siehe Tafel V — zu den besprochenen grieseligen Körnern geworden sind. Es gibt aber Hautstellen, an welchen die Felder und Furchen schon de norma nicht so deutlich gezeichnet sind, wie z. B. im Gesichte, speziell um die Nase. Es sieht aus, als ob die einzelnen Follikel wie bei einer erstarrten Gänsehaut als stark verhornte Kegelchen herausragten. Erst bei genauerem Zusehen und bei aufmerksamem Vergleiche solcher Haut mit den klareren Verhältnissen an den Handrücken oder auch an der Stirne findet man, daß die Schwellung von den Feldern und nicht von den Haarfollikeln ausgeht. Und gerade im Gesichte ist der Lieblingssitz dieser Art von Veränderung. Tafel VIII und IX zeigen sie um die Nase, die Nasenwurzel, die Glabellargegend und am Kinne besonders gut entwickelt. Auch die Tafeln VII, XII und XIII geben hievon eine anschauliche Vorstellung. Aber man sieht, daß an diesen Stellen die Hornkegel wesentlich schwächer ausgebildet sind; sie bleiben niedrige und flache Schuppen und Schüppchen.

Mit dem Auftreten aller dieser Hornschichtveränderungen — die Blasen- und Rhagadenbildung mit inbegriffen — ist die exsudative Macht des progressiven Erythems gebrochen und Schritt für Schritt folgen die Rückgangserscheinungen.

Nur wenige Tage bedecken sich die ganzen Erythemherde mit den geschilderten Veränderungen. Zunächst wird es im jeweiligen Zentrum lichter, d. h. die Hornmassen, welche Form sie immer angenommen haben, werden mechanisch abgestoßen und eine glatte, zunächst aber noch immer nicht normale Haut kommt zum Vorschein. Sehr schön ist diese Auslichtung in Tafel VII etwa über dem gemeinsamen Bauche der M. radialis internus, pronator teres und ulnaris internus wahrzunehmen.

Durch äußere Mittel kann man die Ablösung nur um ein geringes beschleunigen. In Tafel XIII ist die Vorderseite desselben Casál'schen Halsbandes wieder abgebildet, wie in Tafel IX; nur mit dem Unterschiede, daß die der Tafel XIII zugrunde liegende Moulage einen Tag später, nach ausgiebigem Waschen des Halses mit Seife und warmem Wasser hergestellt worden war. Wenige der oberflächlichen schon der natürlichen Abstoßung nahe gewesenen Schuppen und Hornmassen sind entfernt, die ausgesprochene Felderung des Hautreliefs ist aber bestehen geblieben.

Man vergleiche auch das Zitat aus Fanzago in § 7.

Auf den eigentlichen reinen und unkomplizierten Verlauf haben aber solche Prozeduren ebensowenig Einfluß, als man auf einen Zoster, ein exsudatives Erythem und ähnliche Prozesse hemmend einwirken kann.

Hat die zentrale Aushellung begonnen, so setzt sie sich innerhalb der weiteren Tage — etwa ungefähr 10—14 Tage — immer mehr gegen den Rand fort. Tafel XIV Figur A bringt das Bild zweier Handrücken, an denen, stärker am linken, die Aushellung schon ziemlich weit gediehen ist.

An den zur Abstoßung reifen Hornmassen ist mittlerweile auch eine Änderung vor sich gegangen. Sie sind nicht mehr so sukkulent, nicht mehr so körnig, sondern flach und echt schuppig geworden. Die Schüppchen hängen zum Teil noch recht fest an, lassen sich jedoch trotzdem ohne Läsion des Coriums ablösen. An sehr vielen Lokalisationen haben sie dann fast rektanguläre oder rhombiche Gestalt. Siehe Tafel XIV Figur A, besonders am linken Handrücken über der Kleinfingerseite. Zuweilen lösen sich die Schuppen in ganzen Membranen ab, die ihrerseits aber wieder — ähnlich den Briefmarkenbogen — aus rektangulären oder auch rhombischen Teilchen zusammengesetzt sind.

Da die Form unzweifelhaft von der normalen Felderung der Haut abhängt, so ist schon a priori zu erwarten, daß die viereckige Gestalt der Schuppen nicht allenthalben so vollkommen gewahrt ist. Am hervorragendsten trifft man sie an den Hand- und Fußrücken, den Armen und einigen atypischen Lokali-

sationen. So waren sie an den in den Textfiguren 4, 5 und 6 (Seite 24) abgebildeten Fällen außerordentlich deutlich.

§ 21. Am längsten und hartnäckigsten erhält sich die Abschuppung an den Rändern der meisten Erythemherde. Sie tritt dann unter der Form eines „hyperkeratotischen" Saumes in Erscheinung.

Besonders schön kommt er an den Rändern der Handrücken und der Finger an den Grenzen der volaren und dorsalen Haut zum Ausdruck. In Tafel VI ist er am Daumenrande recht gut abgebildet. Er hat eine große diagnostische Bedeutung, welche steigt, je mehr das Erythem sich beruhigt, je mehr das Aussehen der Herde sich der Norm nähert. Auch an den Fingerknöcheln bleiben lange fester anhaftende Abschuppungsreste bestehen. Sie sind nichts anderes, als ein der Örtlichkeit entsprechend modifizierter Randsaum.

Am Casál'schen Halsband kommt der Randrest auch fast in allen Fällen deutlich zur Beobachtung. Zunächst ist er bei breiterem Rande doppelt, bis sich endlich einer oder der andere der Ränder verliert und nur ein einziger blättriger Saum übrig bleibt. Ist das Band von Haus aus schmal, so ist der Randrest einfach. So z. B. bei dem in Tafel XV abgebildeten Falle.

Leider erlangt dieser „hyperkeratotische" Rand fast nur an den erwähnten zwei Lokalisationen eine klassische Deutlichkeit. An anderen Stellen, wie z. B. im Gesichte sind die Schuppenreste nicht so klar gesetzmäßig ausgeprägt. So ist im Antlitze des Tafel X B abgebildeten Knaben an der Stirne die zentrale Aufhellung im besten Gange. Ein hyperkeratotischer Saum bereitet sich aber nur knapp über den Brauen und quer über der Mitte der Stirne vor. An den Wangen, dem Kinne konfluierten die Erythemherde zu stark und so sieht man daselbst wohl Schuppungsreste, aber ohne auffallende Regelmäßigkeit. Umgekehrt sind in Tafel X A die Erythemherde des Gesichtes zu schmal, zu wenig mächtig gewesen, als daß der Rand sich entwickeln konnte. Dagegen ist von dem dort abgebildeten Halsbande ein schöner Schuppungsrestsaum zu erwarten, und zwar der untere mit länger anhaltender Hartnäckigkeit und Deutlichkeit als der obere.

Mit anderen Worten: die Randzone muß nicht unbedingt auftreten; wenn sie aber erscheint, so gibt sie dem Pellagra-Erytheme ein singuläres und diagnostisch gut verwertbares Gepräge.

§ 22. Eine weitere Eigenart erhält der Zustand durch die Farbe.

Sie zeichnet nicht nur das präludierende und insbesondere das progressive Erythem, sondern auch die Haut der Schuppungsperiode aus.

Bei ersterem ist das schon in den ersten Tagen des Bestehens der Fall. Dem Rot mengt sich sofort ein Braun bis Gelbbraun bei — siehe Tafel V —, das sich im weiteren Verlaufe immer mehr sättigt und dunkler wird. Dadurch erhält der Ausschlag ein düsteres Aussehen. Die Beifarbe hat

ihre Hauptursache entschieden in der Verfärbung, welche die zur Abstoßung immer reifer werdende Hornschichte annimmt, nicht so sehr in einer Pigmentierung des Coriums. Dunkle Färbungen in Abstoßung begriffener Hornmassen sind der Pathologie der Hautkrankheiten ja nichts Fremdes. Man sieht sie bei Ichthyosis und beobachtet sie aber auch bei Verbrennungen und Verschorfungen der Hornschichte durch Medikamente (z. B. durch Resorzin, durch Gemisch von β-Naphthol mit Schmierseife etc.) oder durch besonders starke Licht- und Wärmewirkung (Gletscherbrand).

Die rote Komponente schwindet immer mehr, je weiter der exsudative Prozess erkaltet. Solche Übergangsfärbungen zeigt Tafel VIII und einen erheblichen Schritt weiter Tafel IX.

Knapp vor dem Rückgang der Exsudation, zur Zeit, wenn eben die Durchtränkung der Hornmassen am meisten entwickelt ist, beobachtet man um den eigentlichen Herd an manchen Lokalisationen einen Saum von hellerem Rosa. Er hat etwa Finger- bis zur Breite weniger Millimeter und seine Farbe kontrastiert auffällig mit jener des übrigen Herdes. Leider ist die Erscheinung nicht allenthalben gut zu sehen. Besonders schön ist der Rosasaum am distalen Ende des Erythems der Handrücken in Tafel V oder in Tafel VII, schmal und zart dagegen an der atypischen Lokalisation der Achselhöhle in Tafel XII.

Nach dem Versiegen der Exsudation gibt mehr die Farbe der sich loslösenden Hornmassen den Ausschlag. Die Herde — mittlerweile hat ja auch die zentrale Aufhellung eingesetzt — sind von braunen, braungrauen, auch grünlich grauen, bis bleifarbenen Schuppen oder schuppigen Krusten umsäumt. Die junge, nachwachsende Hornschichte ist zunächst noch immer leicht gebräunt — siehe Tafel VII in der Aufhellungszone — und sieht schließlich so aus, als wäre der Kranke an jenen Stellen nicht gewaschen. Schließlich aber kehrt an allen Lokalisationen, mit Ausnahme der Handrücken die Normalfarbe zurück.

An diesen bleibt eine Färbung bestehen, wie sie sonst einer von der Witterung gebräunten Haut zukommt. Sie demarkiert sich aber nicht in derselben Weise, wie das vorausgegangene Erythem, sondern geht allmählich in das Wetterbraun der übrigen Haut über, ist von einem solchen nicht zu unterscheiden und keine Nuance im Kolorit deutet mehr spezifisch auf den Prozess, der hier gewaltet hat.

§ 23. Mehrmalige Wiederholungen des ganzen Vorganges bleiben für das ganze Gewebe der Haut dieser Gegend nicht ohne dauernden Nachteil. Nach etwa drei, deutlicher nach mehr Eruptionen kann die Haut der Handrücken dünner und dabei so durchsichtig werden, daß man die Sehnen der Fingerstrecker als gelbe Streifen durch die Haut schimmern sieht. (Vgl. Tafel VI.) Es entsteht eine Atrophie, welche aber nicht den ganzen Handrücken, sondern

besonders die ulnare Region desselben ergreift. Sie ist gleichfalls nicht streng umgrenzt, sondern verliert sich allmählich in die Haut des übrigen Handrückens. Ihre Oberfläche wird dann eigentümlich seidenglänzend, etwa wie man dies gelegentlich bei leprösen Handrücken beobachtet.

Die Atrophie ist aber keine notwendige Folge und man findet genugsam Kranke, welche das Erythem sieben Jahre hinter einander alljährlich bekommen, ohne daß es zu einem Schwunde der Haut käme. Ein solcher Endausgang hängt wohl zumeist davon ab, ob das Erythem jeweilig von starker Exsudation begleitet war.

Und nun denke man sich hiezu noch die weißlichen, blassen Narben nach einem Pemphigus pellagrosus, nach einem Pustelausbruch, Rhagaden, so sind das genügende und anscheinend kennzeichnende Reste des Erythems.

Allein, so eigenartig das Bild eines solchen Handrückens auch sein mag, es ist doch gewagt, aus ihm allein auf die Krankheit schließen zu wollen. Ja selbst als unterstützendes Symptom ist es für die Diagnose kaum zu verwerten. Denn es gibt eine große Anzahl von Vorgängen, wie fortgesetzte Witterungseinflüsse, häufiges Hantieren mit kaltem Wasser, Alterserscheinungen, Verletzungen mannigfacher Art, Abszesse etc., welche braunen Farbenton und Narben, Atrophie erzeugen können, ohne daß der Befallene je an Pellagra gelitten hätte. Und wäre selbst eine Pellagra aus anderen Symptomen sicher nachzuweisen, so ist aus denselben Gründen noch immer nicht zu entscheiden, ob diese Veränderungen unstreitig aus dem Erythem hervorgegangen sind.

3. Weitere Eigenschaften.

Die jährliche Wiederkehr. Statistisches. Pellagra sine Pellagra. Verhältnis zum Allgemeinleiden; zum Alter etc.

§ 24. Aus den bisherigen Schilderungen dürfte zur Genüge hervorgehen, daß der Zyklus, den jede Erythemstelle durchzumachen hat, einen längeren Zeitabschnitt währt. Die Dauer eines solchen hängt im allgemeinen wohl zunächst von der Heftigkeit des Erythems selber ab und erstreckt sich auf ungefähr sechs bis acht, manchmal auch zehn Wochen.

Seit den ältesten Schilderungen hat sich der Satz überliefert, daß das Erythem zur Zeit der Frühjahrs-Äquinoktien, also Ende März erscheine. Diese Angabe machen nicht nur Casál, sondern auch alle lombardisch-venetischen Autoren, sowie später Hameau [1]) unabhängig von einander.

[1]) Mémoire sur une maladie de la peau (peu connue) observée dans les environs de la Teste. 1829. Vollständig abgedruckt in der § 8 angegebenen Abhandlung von Marchant, Seite 16—40.

Und: Description d'une maladie nouvelle. Aus dem Journal de med.-prat. de la Société Roy. de méd. de Bordeaux, année 1829, n°. 5; ebenda auszugsweise abgedruckt.

Allerdings betont letzterer Autor, daß sich das Hautleiden während der Sommerhitze — und er fügt hinzu, ungefähr vom Juni bis Ende September — entwickle und im Winter verschwinde.

Dieselbe Wahrnehmung macht wohl jeder Beobachter, nur darf man sie nicht unbedingt wörtlich nehmen und keineswegs außer acht lassen, daß sie einer ganz rohen approximativen Schätzung entspricht. In die Literatur ist der Satz mit etwas dogmatischer Starrheit eingedrungen und dies nicht gerade zum Vorteile derer, welche, fern von den Krankheitsherden, die Details des Leidens kennen lernen wollen. Nie und nimmer ist die Periodizität so aufzufassen, wie die alljährliche Wiederkehr einer Unzahl von Naturereignissen zur Zeit des Frühjahres und Sommers. Ich habe in unseren Ländern wenigstens manchmal Mühe gehabt, Erythemfälle zu Demonstrations- und Studienzwecken im Mai oder Juni zu versammeln, anderseits noch gegen Ende September mit Leichtigkeit Ausschlagsformen der verschiedensten Stadien beobachten können. In den eigentlichen Wintermonaten, also etwa von Mitte November bis Anfang April, gehören Fälle mit präludierendem und progressivem Erythem zweifellos zu den allergrößten Seltenheiten. Für die weiteren Monate kann ich den Nachweis der Häufigkeit ziffermäßig nicht führen. Auch liegen in der Literatur meines Wissens keine solchen vor. Einem allgemeinen Eindrucke nach ist aber die Zeit von Anfang Mai bis weit in den Oktober für das Studium der Erytheme sehr günstig. Eine Kurve würde im Juli und August vielleicht eine kleine Abschwellung, für den Herbst ein Wiederansteigen zeigen, ohne daß die Höhe der Monate Mai—Juni erreicht würde. Dann sinkt sie nahe an die Nullinie.

Es ist nur zu selbstverständlich, daß man speziell das Erscheinen der Veränderung im Frühjahre mit einem Wechsel einer Reihe von klimatischen Faktoren, wie Reichtum der Frühjahrssonne an chemisch wirksamen Strahlen, jähem Umschwung des Feuchtigkeitsgrades der Luft, Schmälerwerden der Barometerkurve etc. um die Zeit der ersten Tag- und Nachtgleiche in Zusammenhang bringt. Es sind das aber zumeist Erwägungen von problematischem Werte und vielleicht erfährt der Gegenstand eine richtige Beleuchtung, wenn ihm exaktere Aufmerksamkeit zuteil wird und wenn namentlich die Verhältnisse in Ländern mit gänzlich verschiedenen Klimaten — man weiß z. B. von einer Pellagra in Ägypten, Mexico [1]) — zum Vergleiche herangezogen werden.

§ 25. Ebenso stereotyp, wie die Angabe frühjährlichen Auftretens hört man auch die Meinung, daß das Erythem sich nur einmal im Jahre zeige. Wie mich indes Ärzte Südtirols versichert haben, braucht es mit einer Eruption innerhalb Jahresfrist durchaus nicht sein Bewenden zu haben.

[1]) Sandwirth, Pellagra in Egypt. The British medical journal, 1898.
Nicolás Cámara Vales. Die Pellagra in Yucatán. Inaug.-Diss. Berlin. 1896.
Marie, Auguste. Folies pellagreuses des Arabes. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Tome XX. Paris 1907. Seite 353—357.

Gewöhnlich steigert sich bei den jährlichen Wiederholungen die Gewalt des Erythems. Regel ist dies besonders beim zweiten Ausbruche. Bei den folgenden Eruptionen bleibt der Heftigkeit der weiteste Spielraum.

Die geringfügigen sensiblen Reizerscheinungen, von denen schon im § 4 zum Teil die Rede war, steigern sich höchstens an den Handrücken aus einem Prickeln zu einem gelinden Juckreiz; nie aber entstehen hiedurch Exkoriationen.

Der Erythemcharakter des pellagrösen Hautleidens läßt im allgemeinen erwarten, daß dasselbe auch ab und zu hämorrhagische Formen annimmt. Mir selbst ist eine solche Varietät nie untergekommen und meine Erkundigungen bei den Ärzten Südtirols sind negativ ausgefallen. Das gelegentliche Vorkommen einer Pellagra hämorrhagica kann aber nicht bezweifelt werden. In der Literatur sind mir nur vier Autoren begegnet, Strambio, Majocchi, Babes und Sion, welche die Form bezeugen.

Ersterer sagt in der Besprechung der Unterschiede zwischen Pellagra und Scorbut [1]): *„Ho detto, che anche nei pellagrosi veggonsi talvolta delle macchie sanguigne, ma queste differiscono totalmente dalle scorbutiche, e per il luogo che occupano, e per la figura che rappresentano, e per la loro comparsa e durata, e per le loro circostanze. Sono esse per lo più di un color roseo, e di figura regolare, e si fanno vedere particolarmente sul dorso delle mani, sull' antibraccio, et alvolta sulla faccia, allora sopratutto, quando gli ammalati sono presi dal delirio“.*

Ebenso geizig behandelt etwa hundert Jahre später Majocchi [2]) dasselbe Thema. Die von V. Scoccia besorgten Aufzeichnungen seiner Vorlesungen enthalten folgende Stelle: *Abbiamo altre forme di pellagra, che alle volte difficoltano la diagnosi. Così la pellagra emorragica non è una porpora. È caratterizzata dal solito eritema, cui si associano machie emorragiche lenticolari, le quali possono trovarsi anche al di fuori delle sedi di predilezione della pellagra. In questa forma non sono rare le emorragie delle mucose esterne, onde si può confondere con lo scorbuto, ed anche vere enterorragie. Il diagnostico deve essere fondato sull' eritema e sugli esiti (desquamazione e pigmentazione, sulle sedi etc.“* [3])

---

[1]) Dissertazioni, angegeben in § 3. *„Ich sagte, daß man auch bei Pellagrösen manchmal hämorrhagische Flecken zu sehen bekommt, allein sie sind von skorbutischen vollständig verschieden; so durch die Lokalisation, durch ihre Gestalt, durch die Art des Erscheinens, ihre Dauer, die begleitenden Umstände. Ihre Farbe ist eine viel rosigere, die Gestalt regelmäßig und man findet sie besonders an den Handrücken, am Unterarm, und manchmal im Gesichte, dies vor allem, wenn die Kranken vom Delirium ergriffen sind“.*

[2]) La pellagra. — Lezione del Prof. Majocchi raccolta da V. Scoccia, Gazzetta degli ospidali e delle cliniche. Anno XX. No. 118 vom 1. Oktober 1899. Seite 1250—1253.

[3]) *„Wir haben andere Formen der Pellagra, welche manchmal die Diagnose erschweren. So ist die Pellagra hämorrhagica keine Purpura. Sie kennzeichnet sich durch das gewöhnliche Erythem, dem sich linsenförmige, hämorrhagische Flecken hinzugesellen, welche sich auch außerhalb der Prädilektionssitze der Pellagra finden können. Bei dieser Form sind Hämorrhagien der äußeren Schleimhäute nicht selten, woraus eine Verwechslung mit Skorbut möglich wird, und selbst echte Darmblutungen. Die Diagnose muß sich auf das Erythem und seine Ausgänge (Abschuppung und Pigmentierung), die Lokalisation etc. stützen“.*

In dem Autoreferate über einen Vortrag am Bologneser Pellagrologen-Kongresse wird von Majocchi eben nur der Name „Pellagroderma emorragico“ als einer der Haupttypen angeführt, unter welchem das Leiden erscheinen könne [1]).

Auch Babes und Sion streifen die Tatsache, daß die pellagrösen Erytheme hämorrhagisch sein können [2]).

Hämorrhagische Variationen von Hautkrankheiten bedeuten in der Regel eine besondere Schwere des Prozesses und nach Strambio zu urteilen, wäre dies wohl auch für die Pellagra der Fall.

§ 26. Um eine ungefähre Vorstellung zu erwecken, in welcher Häufigkeit das Erythem bei einer Anzahl von Pellagrakranken im Augenblicke einer Zählung angetroffen wird, berufe ich mich auf eine Tabelle über die Ergebnisse der Prüfung der von den Gemeindeärzten Südtirols vorgelegten Zählblätter von Pellagrakranken aus den Jahren 1905—1907, vornehmlich eine Arbeit des Herrn Bezirksarztes Dr. E. Weiss [3]).

Dieser zufolge waren von 384.072 Einwohnern 4836 Pellagröse gezählt worden. (Das sind 13·4 pro mille.) Unter Letzteren hatten 2973 „Symptome“ vonseiten der Haut. (Also 61·4% der Fälle.) Speziell mit Erythemen zählte man 2179 oder 45% der Fälle.

Hievon hatten

1679 oder 77·—% das Erythem an beiden Handrücken allein;
283 „ 13·—% an Handrücken und Hals;
164 „ 7·5% vorwiegend am Halse und
53 „ 2·4% an anderen Körperstellen.

In dem Berichte zu der Tabelle heißt es weiter: *„Bezüglich dieser letzteren Lokalisation muß bemerkt werden, daß dieselbe nur in fünf Fällen bestimmt ausgedrückt wurde, nämlich zweimal am Fußrücken und in der Achselhöhle und dreimal am Fußrücken“.*

Wenn diesen Zahlen auch gewiß — wie bei jeder Statistik — Mängel anhaften, so geben sie doch ein recht anschauliches Bild über die Verhältnisse an der Haut. Von den 4836 Kranken würde die Prozentzahl sicher erheblich steigen, wenn nicht blos das zur Zeit der Zählung bestandene Erythem berücksichtigt worden wäre, sondern auch die Frage Beantwortung gefunden hätte, in wieviel Fällen die Anamnese ein echtes Pellagra-Erythem anzugeben imstande war.

---

[1]) Intorno alla diagnosi delle forme cutanee della pellagra. Autoreferat. Seite 342 und 343 der Atti del secondo congresso pellagrologico italiano. Bologna 26.—28. Maggio 1902. Udine Tip. Fratelli Tosolini e G. Jacob.

[2]) a. d. i. § 28 a. O. S. 28 und 51.

[3]) Der Bericht befindet sich unter den Akten der k. k. Statthalterei für Tirol und Vorarlberg.

Das Studium der Tabelle führt in weiterer Verfolgung natürlich zur Frage, ob es überhaupt eine Pellagra ohne Hautsymptome, oder — wie man zu sagen pflegt — eine Pellagra sine Pellagra gebe.

Daß Pellagröse zu bestimmten Zeiten keinerlei spezifische Hauterscheinungen zeigen, versteht sich aus dem Gesagten von selbst und die mitgeteilten Zahlen stellen das sogar ziffernmäßig fest. Daß aber das Erythem während des ganzen Verlaufes der Krankheit vollständig fehlen könne, läßt sich nur dann in Diskussion ziehen, wenn die Diagnose aus anderen Symptomen zweifellos gesichert wird.

Welche Schwierigkeiten stehen aber dem gegenüber!

An die Möglichkeit einer solchen Eventualität hat schon Strambio gedacht. In seinem Annus I [1]) führt er eine Reihe von Krankenskizzen an, aus denen (die 61., 62., 63., 64., 65. und 67.) dies hervorgeht. Allerdings fügt er der 65. Skizze die Worte bei: *„An morbus hujusmodi pellagrae nomine insignari potest, etsi nil extus unquam apparuerit ejusdem signum"?* Und der 67. Skizze: *„An haec* (scilicet aegrota) *quoque pellagra delitescente laborat? Nullo certe vitio foedata unquam fuit corporis ejus superficies"*. Diese Zweifel hindern ihn aber nicht zum Beschlusse zu sagen: *„Hae referendae erant Historiae, ut constaret dari aegros, qui plura pellagrae ipsius symptomata conqueruntur absque ulla manuum, pedumque desquamatione; ...."* So wertvoll indes seine Ausführungen namentlich vom Standpunkte des Historikers sind, so darf nicht außer acht gelassen werden, daß in damaliger Zeit der nicht-dermatologische Symptomenkomplex der Pellagra allzuwenig Präzision erlangt hatte, und seine kurzen Krankenskizzen gestatten vielfach Zweifel an der Richtigkeit der so schwierigen Diagnose.

Neuerlich widmet Lupu [2]) diesem Thema eine Reihe von Betrachtungen und glaubt auf Grund von Angaben in der Literatur und eigener Beobachtungen den Schluß ziehen zu können, daß im Gebirge, wo nach seiner Vorstellung *„mancherorts die Sonne schon um 3 Uhr hinter den Bergen sich verkrieche, Pellagra sine Pellagra in circa 50 %, am Flachlande seltener, in circa 25 % der Fälle zu sehen sei"*. Ja, er meint: *„Die geringe Würdigung der Pellagra sine Pellagra mag auch die bisherige Anschauung erklären, daß die Pellagra im Gebirge gar nicht oder nur sporadisch vorkommt"*. *(Felix.)*

Hier liegt zweifellos ein Irrtum seines Gewährsmannes Felix vor. Die von mir mitgeteilten statistischen Daten sprechen zu deutlich dagegen. Südtirol mit den von der Pellagra heimgesuchten Distrikten ist ein exquisites Gebirgsland und ich habe genugsam Fälle in Höhen von 600 m zu studieren Gelegenheit gehabt.

---

[1]) a. d. i. § 3 a. O.

[2]) Theophil Lupu, Über Pellagra sine Pellagra. Wiener klinische Wochenschrift Nr. 26. 1905.

Aber auch die Literaturangaben, auf welche sich Lupu glaubt stützen zu können, vertragen die Deutung nicht, welche er ihnen zuschreibt. Es sind drei Stellen aus den Abhandlungen Lombroso's, Neusser's und Tuczek's.

Von Ersterem [1]) zitiert Lupu: *„Es gibt Pellagröse ohne Affektion der Haut und Verdauungsorgane ...."* Von Neusser [2]): *„... glaube ich in Übereinstimmung mit einigen französischen und italienischen Autoren, daß es eine Form der Pellagra gibt, bei welcher, bevor Hauterscheinungen sichtbar sind, andere pellagröse Symptome sich derart bemerkbar machen, daß die Bezeichnung Pellagra sine Pellagra berechtigt ist"*. Und von Tuczek [3]): *„Gleichzeitig tritt — wenn auch nicht in allen Fällen — ein Erythem auf, ..."*

Wenn Lombroso geschrieben hätte: „Es gibt Pellagröse, welche nie Affektionen der Haut zeigen", oder Neusser gesagt hätte, daß eine Form von Pellagra vorkäme, bei welcher nie Hauterscheinungen sichtbar würden, dann wäre die Existenz eines solchen Zustandes in der Literatur in der Tat behauptet. So aber muß man sinngemäß von einer Pellagra per aliquod tempus sine Pellagra sprechen und Tuczek's Satz besagt nichts anderes, als daß nicht in allen Fällen gleichzeitig (mit anderen Symptomen) ein Erythem auftrete. Dem Zitat aus Lombroso zufolge könnte man ebensogut an eine Pellagra ohne Haut- und Darmerscheinungen glauben. Was bleibt aber dann vom Komplex übrig, und woran soll man eine so verstümmelte Pellagra erkennen?

Vom Standpunkte des Unterrichtenden kann ich nicht genug vor dem allzuleicht mißzuverstehenden Ausdrucke „Pellagra sine Pellagra" warnen. Denn es besteht unter den Ärzten von Pellagradistrikten ohnehin eine starke Neigung, Pellagra zu diagnostizieren, wo andere Leiden vorliegen. Wenn nun das wesentliche und so kennzeichnende Symptom der Erytheme diskreditiert wird und nur für jeden zweiten, im Flachlande nur für drei von vier Fällen bestehen soll, dann wird dem Irrtume Tür und Tor geöffnet. Statistiken, welche von solchen übelberichteten Ärzten ausgehen, verlieren trotz der großen und anerkennenswerten Mühe, welche sich jene geben, jedweden Wert.

Ich kann demnach die Varietät nicht in jener großen Zahl für erwiesen halten, will die Möglichkeit für eine verschwindende Zahl zugeben und rede nur der Annahme einer Pellagra „per aliquod tempus" sine Pellagra das Wort.

§ 27. So ziemlich von allem Anfange an hat sich die Pellagraliteratur mit der Frage befaßt, in welchem Lebensalter das Leiden auftrete. Die erste

---

[1]) C. Lombroso, Trattato profilattico e clinico della Pellagra. Torino. Fratelli Bocca. 1892. Seite 135. Das Buch wurde auszugsweise deutsch übersetzt und herausgegeben von H. Kurella: Die Lehre von der Pellagra. Aetiologische, klinische und prophylaktische Untersuchungen von C. Lombroso. Berlin 1898. (S. 67.)

[2]) Edm. Neusser, Die Pellagra in Oesterreich und Rumänien. Wien bei Hölder 1887. Seite 19.

[3]) Tuczek, Klinische und anatomische Studien über Pellagra. Berlin 1893. Seite 10.

bezügliche Angabe dürfte von Odoardi herrühren [1]). Darnach waren Kinder unter 6 oder 8 Jahren nie ergriffen, ebensowenig Leute über 60 Jahre. Hievon differieren spätere Mitteilungen fast gar nicht. Manchmal sind Krankenskizzen von etwas jüngeren oder älteren Individuen angeführt. So schreibt Strambio (Annus primus) [2]) in der 77. Krankenskizze von einem 4jährigen Individuum und [3]) in der dritten Krankenskizze der Appendix von einem 74jährigen Manne. Erst viele Jahrzehnte später vernimmt man von Pellagrafällen aus frühester Kindheit, so von Calderini [4]), der unter 352 Kranken 83 unter drei Jahre alt traf, 15 im Alter zwischen 3 und 12 Jahren, und dem zufolge die zarteste Kindheit sogar das empfänglichste Alter sei. Zecchinelli [5]) habe selbst Neugeborne mit manifester Pellagra gesehen. Letzteres beruht zweifellos auf schweren allgemein- und speziell dermato-diagnostischen Irrtümern. Die ersten Pellagra-Autoren mußten offenkundig die ganze Schärfe in der Schilderung des Leidens aufbieten, um das Krankheitsbild überhaupt als einen Typus sui generis, als einen Morbus novus zu charakterisieren. Dabei registrierten sie eine Unzahl verschiedenster Symptome. Durch das spätere Zuströmen einer großen Menge mannigfacher Autoren bröckelte bald da bald dort ein Kennzeichen ab, wurde dieses oder jenes einzelne Symptom auch bei anderen Kranken gefunden, wurde eine oder die andere wichtige Erscheinung als unwesentlich hingestellt, dadurch das Ganze mißdeutet und so kommt es, daß in der Symptomatik schließlich ein solcher Wirrwarr herrschte, daß der praktische Arzt, meist unberufen und außer Stande, alles so Vernommene zu sichten und Autoren von Autoritäten zu trennen, viel zu wenig strenge die Diagnose Pellagra machte.

Die größten Abweichungen erlaubte sich schließlich Gemma [6]), von dessen Ausführungen noch weiter im V. Abschnitte die Rede sein soll.

Hier schicke ich nur voraus und wiederhole, was ich an anderem Orte [7]) dargetan zu haben glaube, daß eine hereditäre, beziehentlich kongenitale Pellagra, insonderheit eine solche mit spezifischen Hauterscheinungen wissenschaftlich bisher nicht erwiesen ist.

---

[1]) a. d. i. § 7 a. O.

[2]) a. d. i. § 3 a. O.

[3]) De Pellagra Annus secundus, sive Observationes, quas in regio Nosocomio, quod in oppido Legnani Pellagrae morbo laborantibus augusta pietas constituit, Cajetanus Strambio regius ejusdam Nosocomii Director collegit Anno 1786. Mediolani 1787. Excudebat Johannes Baptista Bianchi Regius Impressor.

[4]) Zitiert nach Théophile Roussel, De la Pellagre, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son Traitement curatif et préservatif. Paris 1845. Seite 225.

[5]) Zitiert nach demselben. Seite 227.

[6]) Anton Maria Gemma, La pellagra dei lattanti e dei bambini. Gaz. med. Italiana Lombardia. Anno 1871. Vol. XXXI., Serie VI. Tomo IV. Milano. Und Derselbe: Delle dermatopatie etc., a. d. i. § 3 a. O.

[7]) Pellagra in frühester Kindheit etc. Wiener klinische Wochenschrift, 1906. Nr. 16. — Siehe ferner § 56.

Soweit meine Einblicke in die Verhältnisse reichen, gehört das progressive Erythem der Kinder zu den Seltenheiten. Daß es knapp an der Grenze des ersten Lebensjahres auftreten könne, hat Christoforetti[1]) in einwandfreier Weise dargetan.

Nach oben hin gibt es keine feste Grenze. Das Erscheinen der Hautsymptome hängt nur von der Maisaufnahme ab und ich glaube auf Grund von Beobachtungen sagen zu können, daß sie frühestens sieben bis neun Monate darnach sichtbar werden können.

Im Übrigen dürften sich die Angaben über die Verteilung des progressiven Erythems den Lebensaltern nach so ziemlich mit derselben Verteilung der Krankheit überhaupt decken und ich kopiere aus der oberwähnten Statistik die betreffende Tabelle:

Von	0—5	Jahren[2])	46	Fälle oder	0·9%
„	5—15	„	406	„ „	8·3%
„	15—30	„	715	„ „	14·7%
„	30—40	„	919	„ „	19·0%
„	40—50	„	1017	„ „	21·0%
„	50—60	„	868	„ „	18·7%
„	60—70	„	637	„ „	13·1%
über	70	Jahre	228	„ „	4·6%
			4836		100·3%

Daraus ergibt sich ein Maximum der Krankheit und mithin folgerichtig auch der Erytheme im Alter zwischen 30 und 50 Jahren. Dem Geschlechte nach besteht kein Unterschied. Die Tabelle zählt 2534 (52%) männliche und 2302 (48%) weibliche Individuen.

§ 28. Interessanter gestaltet sich die Untersuchung, in welchem Stadium der Krankheit das Erythem zu erscheinen pflegt. Leider wird hier eine Statistik nie so klärend eingreifen, wie in der kurz zuvor behandelten Frage, denn sie müßte zusehr auf den subjektiv gefärbten anamnestischen Angaben der Kranken beruhen und verlangt von den die Daten sammelnden Ärzten eine Mann für Mann wohl kaum erreichbare Hingebung, diese umsomehr, als das Interesse ein ganz speziell dermatologisch-klinisches ist.

Man muß sich deshalb an allgemeine Eindrücke ohne annähernd genaue ziffernmäßige Belege halten. Zuvörderst steht fest, (Odoardi, Strambio,

---

[1]) Un caso di Pellagra in un bambino di 14 mesi. Il bolletino dell'associazione medica tridentina. Anno XXIV. November 1905. Nr. 11.

[2]) In Hinkunft werden die statistischen Ausweise das erste Lebensjahr von den nächsten vier trennen.

Frapolli, Casàl, Roussel, Babes und Sion[1]), Tuczek, Neusser und Andere), daß äußerst selten ein Jahr, vom Beginne der Allgemeinerkrankung an gerechnet, vorüberzieht, ohne daß das Erythem erschiene. Die wenigen Fälle, in denen es zunächst ausbleibt, geben Veranlassung zur schon besprochenen Annahme einer sogenannten Pellagra sine Pellagra. Dauert das Grundleiden fort, so wiederholt sich in der geschilderten Weise der Zyklus auf der Haut.

Weiter fehlt nach allgemeiner Übereinstimmung der Autoren jedwede Parallele zur Intensität oder Qualität des Leidens. Mit anderen Worten: Leichte und schwere Fälle sind von heftigen und milden Erythemen begleitet und der vorwiegend gastrische oder vorwiegend neuro- oder psychopathische Typus kann ebensolche Hautveränderungen zutage fördern, wie der gemischte oder vorwiegend dermatopathische Typus.

§ 29. Ich kann nunmehr die in den §§ 13 und 16 angeregte Frage aufnehmen, welche Gründe die Veranlassung sind, einer atypischen Lokalisation die Spezifität einer pellagrösen Hautveränderung zuzuerkennen. Die Gefahr eines Mißgriffes ist selbstredend ungemein groß. Am sichersten wird sie vermieden, wenn die atypischen Stellen neben den typischen gleichzeitig auftreten. Der aufmerksame Vergleich beider Formen, ihre schrittweise Analogie in den besprochenen Einzelheiten wird die klinische Beurteilung mühelos richtig leiten. Kleine, aber auch nur kleine Divergenzen fallen nicht sosehr ins Gewicht, wenn man bedenkt, daß das Erythem auch an typischen Stellen der spezielleren Örtlichkeit entsprechend seine Nuancen hat.

So ist bei dem in Tafel XII abgebildeten Falle die Farbe ungewöhnlich braun. Aber die Kranke bot an allen übrigen Herden eine tiefe Sättigung der Farbe. (Vgl. Tafel IV, VII, IX und XI.) Überdies war der Rosasaum sehr gut entwickelt und die Hornmassen begannen sich in die typischen Schüppchen zu formieren.

Alle in den §§ 14 und 15 mitgeteilten Fälle erleichterten so die Diagnose, mit einziger Ausnahme des Deiaco'schen Kranken M. G. (39 Jahre alt, Bauer aus Oltresarca). Hier lagen einzig und allein die „Epauletten" vor. Ein Vergleich mit simultanen gewöhnlichen Formen war sohin unmöglich. Er wurde aber ersetzt durch genaue Kenntnis der typischen pellagrösen Formen und ausreichende Erfahrung. Begrenzung, Schuppungsart, Farbe, Verlauf, Mangel an sensibeln Reizerscheinungen waren analog den an den Knieen, Ellbogen, Achseln gesehenen Atypien der anderen Patienten.

Zu diesen positiven Merkmalen kam schwerwiegend weiter hinzu, daß keine Erscheinung die Einreihung des Zustandes unter eine andere Diagnose

---

[1]) Die Pellagra. In Spezielle Pathologie und Therapie von Nothnagel. Wien. 1901.

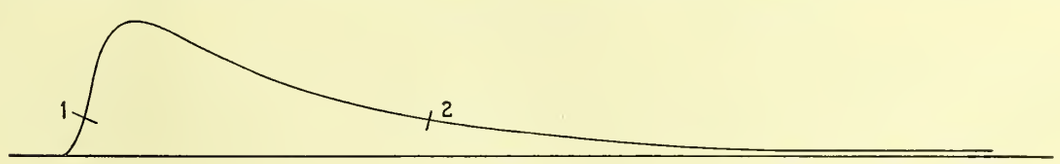
gestattet hätte. Ganz besonders endlich muß bei allen solchen Diagnosen die Erwägung des übrigen Symptomenkomplexes ins Gewicht fallen, der bei sämtlichen von mir mitgeteilten Fällen Deiaco's und auch bei den von mir geschilderten atypischen Verteilungen deutlich positives Ergebnis hatte.

Im Allgemeinen kann nicht genug gewünscht werden, daß die Diagnose solcher Unregelmäßigkeiten sehr breit fundiert werde und größter Vorbedacht obwalte. Reine Atypien sind zweifellos etwas ganz Singuläres und dürften nur in vorgeschrittenen Fällen oder in späteren Krankheitsjahren zu erwarten sein. Typische und atypische Lokalisation scheint hingegen häufiger, als man annehmen möchte, gleichzeitig zu bestehen. Die Atypien tragen zur Diagnose und Beurteilung des Gesamtleidens sozusagen nichts, zur Vervollkommnung der klinischen Auffassung des Hautzustandes als solchen aber viel bei.

4. Die Stellung der Diagnose.

§ 30. Wie man sieht, stehen mit den geschilderten Eigentümlichkeiten des pellagrösen Erythems dem Arzte zum Erkennen desselben eine große Anzahl von Merkmalen zur Verfügung. Es ist nicht geraten, sich hiebei dem Bilde eines einzigen Momentes oder gar nur einer Hautstelle zu überlassen. Und wie viele Schilderungen der Literatur begnügen sich damit! Sollten sie nach Geltung und Würdigung trachten, so muß der so wichtige Verlauf berücksichtigt und vom reichen Symptomenkomplexe eine große Summe hervorgehoben sein. Es ist verfehlt, die Aufmerksamkeit nur auf die Handrücken, nur auf die unbedeckten „Teile" zu lenken; die ganze Haut, selbst jene des Genitales und der Perianalgegend muß eingehend besichtigt werden.

Denkt man sich den Verlauf des Hautleidens durch eine Kurve versinnbildet, deren Höhe die Intensität der Exsudation und die Vehemenz der Hautveränderungen, deren Länge aber den Zeitraum andeutet, innerhalb dessen das Erythem abläuft, so läßt sich die Periode, während welcher die Merkmale am deutlichsten ausgesprochen sind, durch zwei Marken (Siehe 1 und 2 der Kurve



Figur 7.

in der Textfigur 7) begrenzen. Die erste Marke fände sich kurz nach dem Ausbruche, die zweite weit in der Remission. Hautzustände aus der Mitte dieses Abschnittes können die Diagnose auf den ersten Blick gestatten; ja, sie erlauben

mitunter sogar das Wagnis, sich auf die Betrachtung einer einzigen typischen Lokalisation zu verlassen. Der Arzt hingegen wird sein Urteil sicher bilden, wenn er sich zur Beobachtung eine längere Spanne Zeit gönnt. In der Periode des Ablaufes werden die schilfernden Randzonen, die Farbe, die Symmetrie, die Lokalisation etc., noch willkommene Anhaltspunkte bieten.

Nach vollendetem Ablaufe hingegen ist es ein Ding der Unmöglichkeit, aus dem Hautzustande allein zu einem sicheren Schlusse zu gelangen. Ich habe bereits in § 23 dargetan, daß selbst das Bild der einzigen Stelle mit bleibenden Residuen — die Handrücken — viel zu viele Deutungen zuläßt.

Ich müßte es ferner schwer beklagen, wenn meine Ausführungen den Arzt von dem übrigen Symptomenkomplexe ablenken würden. Mein Zweck ist ja nur, den hohen diagnostischen Wert der Hautsymptome hervorzuheben. Im Gegenteile, ich weise ausdrücklichst auf die wesentliche Stütze hin, welche dem Beobachter überdies aus dem gastrischen oder neuropathischen oder psychopathischen Typus des Gesamtkrankheitsbildes zur Verfügung steht.

Mit einigem, wenn auch erheblich geringerem Nutzen wird man endlich andere Juvantien — wie allenfalls Nachweis des Maisgenusses, unmittelbare Provenienz aus einer befallenen Gegend — heranziehen können.

Das eigentliche Relief, den Stempel des Fertigen, gewinnt die Diagnose durch eine bedachtsam erwogene Differentialdiagnose, mit dem Ausschlusse ähnelnder Hautzustände. Gegen diesen Punkt verstößt nur zu leicht der praktische Arzt, sündigen in zahllosen Beispielen Schilderungen der Literatur. Sie ist nicht nur in jenen Fällen wünschenswert, bei denen die Pellagra aus dem übrigen Symptomenkomplexe auch herauszulesen ist, sie muß gefordert werden, wenn die Hautsymptome allein die Diagnose tragen sollen. Deswegen möge von ihr im nächsten Abschnitte die Rede sein.

III.

Die Differentialdiagnose.

§ 31. Roussel zufolge[1]) wählte Billod aus dem Asyl von Sainte-Gemmes bei Angers drei Fälle aus, welche er, um eine Endemie von Pellagra zu erweisen, in Paris als Pellagra-Erythem demonstrierte. Vom Dermatologen Gibert wurden sie als Sonnenbrand bezeichnet; die Ärzte Cramoisy und Pouquet diagnostizierten nach genauer Besichtigung Trichophytie und Bazin besprach die drei Fälle in seiner Vorlesung als scheerende Flechte.

Neusser[2]) begegnete es, daß ihm *„ein Irrsinniger als typischer Fall von Pellagra gezeigt wurde, der sich bei genauer Untersuchung als Favus des Handrückens*[3]) *mit Onychogryphosis parasitaria erwies"*.

Solchen Mißverständnissen gegenüber sinken Demjenigen, der differentialdiagnostische Momente erörtern will, die Hände ratlos in den Schoß.

Ernstlich diskussionsfähig ist die Differentialdiagnose nur vier Krankheitsformen gegenüber. Diese sind: 1. Das Solar-Erythem; 2. Eine eigentümliche Form der Vitiligo; 3. Das Ekzem und 4. Das Erythema exsudativum multiforme Hebra, bezw. das Erythema polymorphe Autorum.

1. Das Verhältnis des Solar-Erythems zum Pellagra-Erythem und über Sonnenwirkung bei Pellagrösen.

§ 32. Es ist eine allgemein verbreitete Ansicht, daß das Pellagra-Erythem durch Sonnenwirkung auf den Pellagrösen hervorgerufen werde. Auf Casál

---

[1]) Traité de la Pellagre et des Pseudopellagres. Paris 1866. Seite 621—628. Siehe auch E. Bazin, La pellagre des aliénés et la teigne tonsurante. Union médicale. 18. September 1862. Zitiert nach demselben. Seite 626.

[2]) a. d. i. § 26 a. O. Seite 35.

[3]) beiläufig gesagt eine ganz außerordentliche Rarität, besonders, wenn der Favus, wie man nach diesen Worten sinngemäß erwarten muß, an den Handrücken allein lokalisiert war.

machten die Beobachtungen allerdings nicht diesen Eindruck. Ihm fiel lediglich das Erscheinen des Ausschlages im Frühjahre besonders auf und er schrieb das Verschwinden desselben geradezu der wärmeren Temperatur in den Sommermonaten zu. *„Nunc autem scire opportet, crustas eas saepissime initium habere circa vernale aequinoctium; raro autem temporibus aliis. At aestivali tempore deglutinari solent (forsan madoris, et sudoris causa) tuncque pars ab omni pustula, et crusta perfecte mundatur“* [1]).

Erst mit den lombardo-venetischen Autoren beginnt die Literatur den Einfluß der Sonnenstrahlung aufs Pellagra-Erythem zu betonen.

„Nonne satis evidens, — meint Frapolli 1771 [2]) — *et unica causa Insolatio“?* Ähnlich äußert sich 1776 Odoardi [2]): *„quindi credono ed affermano* (nämlich die Kranken) *di essere stati scotati dal sole“* [3]); und bei Besprechung der Stellung im Systeme fragt er sich, ob man das Hautleiden nicht als eine *„semplice efelide“*, als einfache Sommersprossen qualifizieren könne. Allerdings Fanzago's Frage [2]): *„Il fenomeno dell' abbrustolita cuticola dipende egli immediatamente dal calore dei raggi solari“?* [4]) deutet an, daß dieser Autor doch einige Zweifel gehegt haben muß.

Von maßgebendstem Einflusse für diese Ansicht sind unstreitig die Äußerungen Cajetan Strambio's. Maßgebend deshalb, weil er sich auf Ergebnisse von Versuchen stützen zu können glaubte. In seiner Dissertazione finden sich folgende Sätze: *„. . . risparmiando . . . sempre il palmo delle mani, e quasi sempre la faccia; del resto obbedisce sempre all' insolazione“.* Und: *„Se l' ammalato schiva il sole inanzi che la pelle venga viziata, egli resta esente dal vizio esterno. Se essendo egli per antecedente insolazione di già affetto fugge il sole, e vien costretto al letto, svanisce tosto l' esterna affezione, e in breve gli si pulisce da sè stessa la pelle. Se esponendosi al sole tiene egli le mani, il collo, il petto, e le gambe coperte, sono esse preservate fin dove arriva la copritura. Finalmente se questa, o quell' altra parte di nuovo si scopre, il vizio compare fin dove la parte resta scoperta. Questa esperienza fatta già da Gherardini l' ho ripetuta infinite volte col cambiare a capriccio luogo e misura del coprimento, ora esponendo l' ammalato al sole, ora obbligandolo a starne lontano, ed ora commandando, che questa e quella altra parte soltanto esponesse“* [5]).

---

[1]) a. d. i. § 2 a. O. Seite 328.

[2]) a. d. i. § 7 a. O.

[3]) *„ Deshalb glauben und beteuern sie, den Sonnenstich zu haben“.*

[4]) *„Hängt die Erscheinung der aufgezogenen und schuppigen Haut unmittelbar von der Hitze der Sonnenstrahlen ab?“*

[5]) a. d. i. § 3 a. O. *„. . . indem es die Hohlhand immer, fast immer das Gesicht schont; im Übrigen unterliegt es immer der Besonnung. — Vermeidet der Kranke die Sonne, ehe die Haut ergriffen wird, so bleibt das äußere Leiden aus. Ist bei ihm nach vorhergehender Besonnung das Hautleiden schon aufgetreten und flieht er nun die Sonne, oder wird er ans Bett gefesselt, so verschwindet es alsbald und in Kürze reinigt sich die Haut von selbst. Setzt er sich der Sonne aus und hält Hände, Hals, Brust, Beine bedeckt, so bleiben sie bis zu jener Stelle verschont, bis zu welcher der Schutz reichte. Wenn schließ-*

Wie sehr man den Einfluß, den die Sonnenbestrahlung auf die Gesamterkrankung als solche ausüben sollte, übertrieb, ist im Annus secundus desselben Autors bei der 51. Krankengeschichte zu lesen[1]): *„Mulier molitoris*[2]) *oppidi Legnano quum postridie a partu e lectu surrexisset, et de fenestra aspiciens solis radiis exurentibus (Aestas enim erat) caput nudatum objecisset, caput primum doluit, dein deliravit ad dies quindecim nulla febri adcedente. Daemone obsessa judicata tunc fuit“*. Es ist an und für sich schwer, aus dieser dürftigen Schilderung entnehmen zu sollen, daß es sich hier um Pellagra gehandelt haben müsse. Keinesfalls ist aber zu verstehen, wieso das Erythem, das sonst nach Laune durch Besonnung hervorzurufen war, hier ganz ausgeblieben war.

Bei dem hohen Ansehen, welches Strambio sowohl bei seinen Zeitgenossen und namentlich späterhin durch Dezennien genoß, darf es nicht wunder nehmen, wenn diese von ihm so dezidiert geäußerte Ansicht immer fester Wurzel faßte, zumal eine so große Zahl von Umständen (das rasche Hervorbrechen des Erythems, das Gefühl des Brennens bei der Sonnenbestrahlung etc.) dieselbe zu stützen schien. Man wird es daher ganz natürlich finden, daß spätere Autoren dasselbe in unzähligen, vielfach monotonen Varianten wiederholten und daß man schließlich mit Landouzy und Bouchard[3]) ausrief: *„Supprimez le soleil, et vous supprimerez la pellagre“*[4]).

§ 33. Anderseits fehlte es aber doch nicht an Stimmen, welche auf mehr weniger auffällige Inkongruenzen der Solartheorie aufmerksam zu machen suchten. Neusser z. B., dessen Schrift noch ganz im Banne derselben steht, meint, *„man könnte .. mit einer großen Berechtigung schließen, daß die ... Erytheme einfach solare Erytheme auf vulnerabler und schlecht genährter Haut wie etwa bei Diabetes sind“*[5]). Er betont jedoch an derselben Stelle weiterhin: *„Im Gegensatze zu dieser Anschauung stehen aber einzelne Beobachtungen, die ich teils in Görz, teils in Rumänien gemacht habe“*. So erzählt er von einem Potator (Hausierer), der nach mehrwöchigem Spitalsaufenthalte die charakteristischen Erytheme bekam; weiters von einem pellagrösen Kaufmanne, der stets Fußbekleidung trug und dennoch Residuen eines überstandenen Pellagra-Erythems am Fußrücken aufwies; von nackten Zigeunerkindern in Rumänien, bei denen die Pellagra-Erytheme nur an den Händen und Füßen sichtbar waren, indes

---

lich diese oder jene Stelle neuerdings entblößt wird, so erscheint das Leiden bis an den Schutz heran. Diesen schon von Gherardini gemachten Versuch habe ich unzähligemale wiederholt, indem ich nach Laune die Stelle oder den Schutz wechselte und einmal den Kranken der Sonne aussetzte, einmal ihn zwang, im Bette zu bleiben, anderemale anordnete, diese oder jene Stelle der Sonne auszusetzen“.

[1]) a. d. i. § 27 a. O.

[2]) also nicht den Landarbeiten obliegend.

[3]) Zitiert nach J. Arnould, Artikel „Pellagre“ in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales von Dechambre. Paris 1886. Seite 334.

[4]) *„Nehmt die Sonne weg, und ihr nehmt die Pellagra“.*

[5]) a. d. i. § 26 a. O. Seite 10 und 11.

die übrige Haut nur intensiv dunkel pigmentiert. aber keineswegs pathologisch (Neusser meint wohl „pellagrös") verändert war. Endlich fand er in Cudalbi bei einem seit mehreren Monaten bettlägerigen Bauer im vorgeschrittensten Stadium der Krankheit nebst den Resten eines Erythems an Hand und Fuß auch an der übrigen Haut, namentlich der vorderen Körperfläche einen Hautausschlag. Derselbe bestand aus mehreren, teils konfluierenden, teils isolierten, talergroßen schuppenden Flecken auf livid geröteter Basis, also anscheinend aus atypischen neben typischen Lokalisationen.

Bei weitem herzhafter hat Paul Raymond [1]), hervorgegangen aus der Dermatologenschule des Hôpital St. Louis und voll von Interesse für die Frage als spezifisches Problem an der alten Theorie gerüttelt. Er befaßt sich in seiner Abhandlung mit dem vermeintlich feststehenden Faktum, daß das Nagelglied von der Eruption verschont bleibe. *„J'ai entendu donner de ce fait une .. raison: les rayons solaires ne frappent pas les dernières phalanges repliées sur l'instrument de travail". „C'est là une erreur manifeste"* — schreibt er weiter — *„car d'une part, il est facile de se convaincre que dans ce cas, toutes les parties de la main sont exposées à l'action du soleil, et d'autre part, ce ne sont pas les seuls malades qui se servent d'instruments aratoires ou autres, qui présentent cette disposition. Enfin, cette dernière est la même aux deux mains. Il faut se garder d'ailleurs, ainsi que nous le verrons plus loin, d'exagérer cette action des rayons solaires".* Und „plus loin" stellt er fest: *„L'érythème de la pellagre n'est pas, comme on l'a soutenu, un érythème solaire simple évoluant sur une peau vulnérable et mal nourrie. Voici certains faits qui me parraissent le démontrer:*

1. On a vu des individus qui portaient continuellement des bas et qui présentaient pourtant le même érythème du (soll wohl heißen „des") *dos du pied limité de la même façon que chez les malades qui marchent les pieds nus.*

2. On cite des exemples, et ils ne sont pas très rares, d'individus qui étant depuis longtemps à l'hôpital, par exemple, et ne s'étant pas exposés au soleil, ont vu leur érythème reparaître aux mêmes endroits que les années précédentes ou même apparaître pour la première fois aux lieux d'élection.

3. M. le Dr. Neusser cite le fait d'enfants de Tziganes qu'il a vus en Roumanie: ces enfants sont complètement nus, et ils ne présentent cependant l'érythème qu'aux mains et aux pieds, tandis que les autres parties de la peau ne présentent rien d'anormal.

4. Les limites mêmes des localisations de l'érythème telles que nous les avons précédement exposées, indiquent que tantôt l'érythème ne se développe pas sur tous les points en rapport avec les rayons solaires et que tantôt il atteint des parties cachées par les vêtements.

---

[1]) a. d. i. § 4 a. O.

5. L'érythème une fois produit, peut revenir les années suivantes à la même place, alors que le malade prend des précautions contre l'action solaire“ [1]).

§ 34. Die Solartheorie erleidet vollends einen gewaltigen Stoß, wenn ich die Tatsache der perigenitalen und perianalen Lokalisation ins Gedächtnis zurückrufe, wenn ich auf die — allerdings ebenso seltenen — atypischen Lokalisationen hinweise, wie sie von mir und Deiaco beschrieben sind und wenn ich an die in den Tafeln II, III, XVII, XVIII und XIX veranschaulichte Analogie mit dem Erythema exsudativum multiforme erinnere. Wie soll weiters ein Bild, das Christoforetti[1]) bei einem kaum anderthalbjährigen Kinde beschreibt, wie ferner ich es bei Kindern unter 10 Jahren gesehen und bei einem Kinde auf Tafel X B abgebildet habe, als einfaches Sonnen-Erythem auf geschwächter Haut erklärt werden? Am auffallendsten ist weiter sicherlich, daß die Grenzen der beiden Erythemarten sich, wie ich genugsam im II. Abschnitte hervorgehoben habe, nicht decken; die Witterungshaut ist gewöhnlich viel ausgedehnter, als das Pellagra-Erythem.

Gibt es denn — so muß man sich, diese Literaturangaben und diese Tatsachen im Gedächtnisse, fragen — an solchen Kranken keine Wirkung der Sonnenstrahlen, welche von ihrer Haut analog oder gar konform beantwortet wird, wie sonst bei Gesunden? Mit anderen Worten: Muß die Sonne am Pellagrösen Pellagra-Erythem nach Laune des experimentierenden Beobachters hervorrufen, oder ist das Pellagra-Erythem vom solaren Erythem am selben Individuum zu unterscheiden?

---

[1]) *„Für dieses Faktum habe ich folgenden Grund angeben hören: Die Sonnenstrahlen treffen nicht die um das Werkzeug gelegten letzten Phalangen. — Hier liegt ein offenkundiger Irrtum vor, denn einesteils kann man sich leicht überzeugen, daß hiebei alle Teile der Hand der Sonne ausgesetzt sind, anderseits bieten nicht jene Kranken, welche sich landwirtschaftlicher oder ähnlicher Werkzeuge bedienen, allein diese Verteilung. Schließlich ist diese ja für beide Hände die gleiche. Man muß sich übrigens, wie wir weiter unten sehen werden, hüten, diese Sonnenstrahlenwirkung zu übertreiben. — Das Erythem der Pellagra ist nicht, wie man es behauptet hat, ein einfaches Sonnen-Erythem, entwickelt auf empfindlicher und schlecht genährter Haut. Folgende Tatsachen scheinen mir dies zu erweisen:*

1. Man hat Leute gesehen, welche durchwegs mit Strümpfen bekleidet trotzdem dasselbe Erythem der Fußrücken und in derselben Abgrenzung zeigten, wie Kranke, die barfuß giengen.

2. Man zitiert Beispiele, — und sie sind nicht spärlich — daß Leute, welche seit langem im Krankenhause waren und beispielsweise sich nicht der Sonne ausgesetzt hatten, ihr Erythem an denselben Stellen wieder auftreten sahen, wie in den vorhergegangenen Jahren, oder zum erstenmale an den Lieblingssitzen.

3. Neusser erwähnt die Tatsache, daß er in Rumänien Zigeunerkinder sah, die vollkommen nackt, trotzdem das Erythem nur an den Händen und Füßen hatten, während die übrige Haut nichts Abnormales darbot.

4. Die von uns oben auseinandergesetzten Erythemgrenzen zeigen, daß sich das Erythem zuweilen nicht an allen Stellen entwickelt, welche von der Sonne direkt bestrahlt werden, und daß es zuweilen Örtlichkeiten befällt, die mit Kleidern bedeckt sind.

5. Ist das Erythem einmal erschienen, so kann es die folgenden Jahre an denselben Stellen wiederkommen, auch wenn der Kranke sich gegen die Sonne schützt“.

[2]) a. d. i. § 27 a. O.

Es gibt eine sehr einfache Überlegung, welche sofort sagt, daß ganz erhebliche Unterschiede bestehen und daß die Solartheorie respektiert, aber von Niemand geglaubt wird. Man hat nämlich die Frage oft behandelt und stark ventiliert, aus welchen Symptomen man mit Sicherheit möglichst frühzeitig, oder manchmal überhaupt die Diagnose Pellagra stellen kann. Die Wichtigkeit solchen Bestrebens wird genügend durch die Tatsache illustriert, daß die gute Beantwortung dieser Frage Gegenstand eines Preisbewerbes ist [2]). Welche Methode wäre da einfacher, als den fraglichen Kranken nach Gherardini's Rat mit durchlochtem Hemde der Sonne auszusetzen und nun abzuwarten, ob sich das Pellagra-Erythem entwickeln würde. Daran denkt aber Niemand! Der Fehler, dem Gherardini, nach ihm Strambio und Viele Andere unterlagen, ist eben, daß man auf diese Weise solare, aber keine Pellagra-Erytheme erzeugt und daß man das Experiment bei völlig Gesunden, bei Kachektischen, bei Alkoholikern ebenso, nur mit graduellen nicht aber qualitativen Unterschieden beantwortet findet, wie bei Pellagrösen.

Das Pellagra-Erythem ist eben ein spezifisches Erythem, genau so spezifisch, wie das solare, wie toxische Erytheme, wie das Erythema exsudativum multiforme Hebra, das Erythema polymorphe Autorum.

§ 35. In der Regel kommen für die Differentialdiagnose nur die akuten Stadien und das Abschuppungsstadium in Betracht. Denn, wie bereits auseinandergesetzt, hören bei der Pellagra nach einer gewissen Zeit der Abschuppung die markanten Erscheinungen auf und verbieten eine strenge Diagnose, mithin auch Differenzdiagnose.

So mögen für das reine Erythemstadium der beiden Formen folgende Anhaltspunkte dienen. Das solare Erythem ist erst einige Zeit nach der Bestrahlung zu sehen und der Befallene spürt das Brennen bedeutend später; den Aufenthalt in freier Luft empfindet er als angenehme Kühlung. — Der Pellagröse wird zumeist erst durch die Sonnenhitze auf sein Erythem aufmerksam, jedenfalls steigert weiteres Verbleiben an der Luft das brennende Gefühl. Das solare Erythem hält sich wirklich genau an die exponierten Stellen, läßt die geschützten unbedingt frei. — Beim Pellagrösen kann es auch an bedeckter Haut erscheinen, ahmt die Grenzen der von Kleidern freien Stellen mitunter nur grob nach und ein Schutz ist gegen das Erscheinen machtlos, auch wenn der Patient aus Erfahrung weiß, daß ihm nach dem Auftreten des Erythems der Handrücken beispielsweise ein Casál'sches Halsband bevorsteht;

[1]) Rivista Pellagrologica Italiana. Anno V. No. 3. Maggio 1905. Seite 176. Concorso a premio fondazione Pezzini-Cavaletto über das Thema: „Scoprire un nuovo e pratico mezzo mercè il quale si possa formulare con sicurrezza la diagnosi precoce di pellagra, anche in colui che non presenta ancora le note stimmate cliniche della malattia". Zu deutsch: Es ist ein neues und praktisches Mittel aufzudecken, mit Hilfe dessen man mit Sicherheit die Frühdiagnose der Pellagra auch bei Solchen stellen kann, die noch nicht die bekannten klinischen Merkmale der Krankheit zeigen.

oder wenn er — an neuropathischer, paralytischer Form von Pellagra leidend — wochenlang ans Bett gefesselt ist. Das junge Solar-Erythem ist scharlachrot, setzt sich aus vielen kleinen meist follikulär sitzenden Fleckchen zusammen; — das junge Pellagra-Erythem zeigt sofort eine dunkle, auch bläuliche Beifarbe und ist innerhalb der Begrenzung diffus. Die Intensität des solaren Erythems steht ferner weit hinter dem Pellagra-Erythem zurück; der Ablauf des ersteren ist an eine viel kürzere Frist gebunden, als der des letzteren. Das solare Erythem führt endlich nie zu jenen Rhagaden, nie zu jener Blasenbildung an den Handrücken, erregt nie in solchem Maße das Corium. Man könnte also höchstens ein starkes Solar-Erythem der Handrücken mit einem schwachen Pellagra-Erythem anfänglich verwechseln; der weitere Verlauf wird die gewünschte Aufklärung bringen.

Nach Ablauf der heftigsten Exsudation kommen deutliche Unterschiede in der Art der Abschuppung zum Vorscheine. In geringgradigen Fällen von Sonnenbrand ist sie kleienförmig-blättrig. Die Schuppen bleiben weiß bis weißlichgelb. Die Schuppung ist im ergriffenem Gebiete gleichförmig. Eine zentrale Aufhellung erfolgt nicht. War die Insolation kräftig genug, dann löst sich die Hornschichte in ganzen Membranen, wie dies insbesondere in Alpenländern beim analogen Gletscherbrand keineswegs allzuselten beobachtet werden kann. Das Abschuppungsstadium ist kurz, erstreckt sich selbst in den heftigsten Formen nur auf Tage und nicht wie beim Pellagra-Erythem auf Wochen. Die Membranen sind gelblich, höchstens dunkelgelb verfärbt, nie aber so schwarzbraun, wie die überdies viel kleineren Schuppen der Pellagra.

Sonnen-Erytheme von solcher Beschaffenheit lassen sich bei Pellagrösen allerdings ad libitum erzeugen, nicht aber Pellagra-Erytheme.

§ 36. Die Solar-Erytheme speziell der Handrücken gewinnen eine ganz spezielle Bedeutung für die Differentialdiagnose, wenn sie, wie das nicht selten beobachtet wird, bei Alkoholikern, Kachektischen, Psychopathen u. s. w. auftreten.

Es würde ganz entschieden zu weit führen, leider wahrscheinlich auch vollkommen zwecklos sein, in ausgedehnter Weise auf die gesamte Literatur einzugehen, soweit sie sich mit der speziellen Frage der „Pellagra“ bei Geisteskrankheiten, d. i. mit den der Pellagra ähnelnden Hautsymptomen bei nicht pellagrösen Geisteskrankheiten, oder bei Geistesgestörten, die nie Mais genossen haben, befaßt hat. Die ersten Mitteilungen über derartige Fälle sind so alt, wie die Pellagra-Literatur selbst und schon bei Strambio finden sich Beschreibungen — wie z. B. gerade die erwähnte 51. Krankengeschichte — welche die Diagnose Pellagra absolut unbegründet erscheinen lassen.

Eine großzügige und gründliche Untersuchung über diesen Gegenstand findet sich im Traité von Roussel (Deuxième partie. Les Pseudo-Pellagres. Seite 578 ff.), worauf ich jeden, der sich hiefür spezieller interessiert, verweisen muß. Ich hebe

nur hier heraus, daß es einen einheitlichen Krankheitsbegriff dessen, was als „Pellagra" der Geistesgestörten bis Roussel und von da bis auf den heutigen Tag beschrieben worden ist, nicht gibt und daß unter den vielen Bildern, welche unter diesem Titel — überdies gewöhnlich sehr dürftig, oft gar nur in der saloppen Manier von Sitzungsberichten — geschildert sind, sich ebensoviele Unterschiede finden, wie zwischen ihnen allen zusammengenommen und dem wahren Pellagra-Erythem. Am leichtesten wären solche Irrtümer auszumerzen, wenn diese angeblich zweifelhaften Fälle sofort von Forschern mitbeurteilt werden könnten, welche entweder mit ausreichender Vorliebe das spezielle Gebiet der Hautkrankheiten betreten hatten, oder welche dem Thema der pellagrösen Hautveränderungen ganz besondere Aufmerksamkeit entgegenbringen. In der Tat haben solche — leider nur zu seltene — simultane Beurteilungen fast durchwegs zu dem Ergebnis geführt, daß ein Pellagra-Erythem nicht vorliege. Z. B. der zitierte Fall „Billod-Gibert-Cramoisy-Pouquet-Bazin". Aus der jüngeren Zeit der noch zu erörternde Fall „Gaucher-Barbe-Barthélemy-P. Raymond". Endlich Lombroso[1]). Letzterer sah im Hôpital St. Louis zu Paris ein 12jähriges Mädchen, das nie Mais genossen, noch die Tochter Pellagröser war und dennoch „Abschuppung und Erythem wie bei Pellagra" neben anderen Zuständen hatte. *„Era dunque* — schreibt er lakonisch — *un' affezione simile, ma non identica alla pellagra". („Es handelte sich sohin um eine Affektion, welche der Pellagra ähnlich, nicht aber mit ihr identisch war".)*

Der Mangel eines einheitlichen Begriffes dessen, was unter diesem Titel zusammengetragen wird, macht es selbstredend unmöglich, diesem Gemenge differentialdiagnostisch entgegenzutreten, allein einige Fälle, die ich persönlich zu beurteilen hatte, zeigten mir, im Vergleiche mit der Literatur, daß es sich unter anderem, wenn nicht vorwiegend, um rein solare Erytheme und zwar nur der Handrücken handelte.

Wie wichtig und notwendig diese Unterscheidung ist und wie sehr just das solare Erythem speziell der Alkoholiker in Betracht kommt, geht aus der Bewegung hervor, welche namentlich in der italienischen Literatur, wahrscheinlich durch Lombroso[1]) inauguriert, zu bemerken ist. Seite 176 befaßt er sich mit den Komplikationen, welche die Pellagra durch Alkoholismus erfahren kann und erwähnt die Daten von vier ausgeprägten Alkoholikern, welche unter anderem Abschuppung an den Händen und Erythem an den Armen zeigten. Dem vierten Falle fügt er hinzu: *„Al 13 aprile gli si manifestò risipola al dorso delle mani e dei piedi, seguita da desquamazione, e fu, allora solo, che potei far diagnosi di pellagra".* Aber, meint er, *„Quanta difficoltà v'è in questo caso a far una diagnosi giusta!"* Und in der Einleitung (Seite XIII): *„Io non nego che si trovino dei casi, in cui degli individui presentino diarree, paralisi e nello stesso tempo desquamazioni cutanee";* sowie weiter: *„La pigmentazione e la desquamazione cutanea, . . ., non sono i fenomeni essenziali della pellagra se non per coloro che si lasciano trascinare ai giudizi dall' omofonia delle parole. Essi, come molti altri fenomeni cutanei, non sono che l' effetto di iperemie nevroparalitiche, quindi sono frequenti*

[1]) a. d. i. § 26 a. O. Ich beziehe mich nur aufs italienische Original.

nei paralitici, negli alcoolisti, encefalitici ecc.“ [1]) Auch Belmondo [2]) warnt bei Besprechung des Alkoholismus: *„si osserva al dorso delle mani un eritema molto analogo a quello dei pellagrosi“* [1]).

Um in diese Situation Klärung zu bringen, wandte sich Vedrani [3]) an Domenico Majocchi. Bereitwilligst bekam er Auskunft und führt sie in seiner Abhandlung an. Ich gebe die Äußerungen des bekannten Bologneser Dermatologen unter Beifügung weniger Bemerkungen wieder:

„In complesso dunque nell' eritema pellagroide alcoolico:

a) non esiste il vero guanto pellagroso netto: talvolta la lesione è limitata alla sola mano: altra volta si estende troppo sull' avambraccio e braccio — manca la limitazione netta, quasi marginata, dell' Eritema da pellagra.

b) è di più lunga persistenza e dà assai tardi la pigmentazione“ [4]).

Letzteres ist meiner Erfahrung nach so aufzufassen: Das solare Erythem an den Handrücken der Alkoholiker, Kachektiker und Geistesgestörten braucht, wenn der weitere Sonneneinfluß sofort gemieden wird, bedeutend weniger Zeit, bis die alte Geschmeidigkeit und Glätte wieder eingetreten ist. Da aber der Kranke in der Regel sich unverändert Einflüssen der Sonne aussetzt, so währt die Veränderung in der Haut diesen korrespondierend. Zweitens dauert es erhebliche Zeit, bis die Pigmentierung der Haut, nicht aber die Verfärbung der sich ablösenden Hornmassen jene Tiefe gewinnt, wie sie nach dem Pellagra-Erythem sofort eintreten kann. Denn die Sonnenbräune tritt bei Gesunden innerhalb weniger Tage ein, wie ich an mir selbst erprobte. Namentlich, wenn man sich während der Besonnung mit Wasser oder gar mit Schnee benetzt.

„c) manca il collare pellagroso sebbene esista la maschera pellagrosa anche nella forma alcoolica, ma questa maschera ha punti più accentuati come sul naso e sopra i pomelli (forma quasi rosacea e teleangettode“ [5]).

[1]) Die Worte Lombroso's und Belmondo's heißen zu deutsch: *„Am 15. April erschien an den Fuß- und Handrücken ein rotlaufartiger Zustand, der von einer Abschuppung gefolgt war, das Einzige, woraus ich die Diagnose Pellagra machen konnte. . . Welche Schwierigkeit hat man nicht, in solcher Lage die richtige Diagnose zu stellen! . . . Ich leugne nicht, daß man Fälle findet, in welchen die Leute Diarrhöen, Lähmungen und gleichzeitig Abschuppung der Haut zeigen; . . die Pigmentation und Schuppung der Haut . . . sind nur für Jene die wesentlichsten Erscheinungen der Pellagra, welche Alles, was schuppt und pigmentiert ist, für identisch halten.* (Wörtlich läßt sich diese Stelle nicht übersetzen.) *Sie sind, wie soviele Hauterscheinungen lediglich der Effekt neuroparalytischer Hyperämien und sind daher bei Paralytikern, Alkoholikern, Enzephalitikern u. s. w. häufig“*. Belmondo sagt: *„an den Handrücken beobachtet man ein dem pellagrösen sehr analoges Erythem“*.

[2]) Belmondo, Trattato italiano di patologia medica: Alcoolismo. Pag. 108, zitiert nach Vedrani.

[3]) Vedrani Alberto, Sui sintomi psichici della pellagra (Lettura alla Società Medica Lucchese). Lucca, Tipografia Landi. 1905.

[4]) *„Im ganzen genommen fehlt beim pellagroiden, alkoholischen Erythem: a) der eigentliche Pellagrahandschuh. Manchmal ist die Veränderung auf die Hand allein beschränkt, anderemale erstreckt sie sich zuweit auf den Unterarm und Arm — die strenge, gleichsam abgesetzte Abgrenzung des Pellagra-Erythems fehlt; b) es ist von viel längerer Dauer und führt sehr spät zur Pigmentierung“*.

[5]) *„Das Halsband fehlt, wenngleich die Pellagramaske auch bei der alkoholischen Form vorhanden ist. Aber diese Maske hat stärker ausgeprägte Stellen, wie an der Nase und über den Backen (eine fast Rosacea- und telangiektatische Form)“*.

Das Casál'sche Halsband ist selbstredend zur Differentialdiagnose nur dann verwendbar, wenn es vorhanden ist. Denn es kann bei wahrem pellagrösem Erythem oft mangeln. Ist es aber vorhanden, dann ist das Pellagra-Erythem ohnehin außerordentlich kenntlich. Endlich kann ein dem Halsband ähnliches Bild auch noch beim Erythema exsudativum multiforme Hebra entstehen. (Siehe Tafel II.)

Was hingegen die Existenz der „Pellagramaske" bei Alkoholikern betrifft, so kann ich vor einer solchen Ausdrucksweise nicht genug warnen. Eine wahre, echte Pellagramaske, wie sie in meinen Tafeln VIII, IX, X A und B abgebildet ist, gibt es bei Alkoholikern absolut nicht — sie seien denn gleichzeitig pellagrös. Majocchi kann hier nur — und sein Nachsatz bestätigt es — die Akne rosacea oder einen ähnlichen Zustand gemeint haben. Das kann man kaum Maske, soll und darf man aber nicht „Pellagra"maske nennen, ohne die unheilvollste Verwirrung heraufzubeschwören. Dieses Ringen um ein Wort mag man Pedanterie, man kann es auch korrekte Genauigkeit nennen. Das annähernd ähnliche Bild einer „Maske" kann nur noch das Hebra'sche Erythem erzeugen. Und wenn man auch z. B. den Erythematodes des Gesichtes „maskenartig" ausgebreitet fände, eine „Pellagramaske" entwickelt er doch nie.

„d) non è periodico come nella vera pellagra: tutte le stagioni sono buone per l'eritema pellagroide" [1]).

Auch dieser Unterschied kann nicht besonders bestimmend sein, weil, wie erwähnt, das Pellagra-Erythem sein Erscheinen durchaus nicht genau nach dem Kalender richtet. Der Unterschied ist nur insoferne verwertbar, als das solare Erythem der Alkoholiker etc. die ganze sonnige Zeit hindurch fortwährend exazerbiert und nicht zyklisch endigt.

Von der Schuppungsart spricht Majocchi nicht. Auch nicht vom Unterschiede in der Intensität, mithin von der geringen Beteiligung des Coriums, dem Mangel an Fissuren und Rhagaden. Aber Vedrani, der nach dieser Information parallele Hautveränderungen kritischer beargwöhnt, schildert gleich daraufhin einen Fall von Erythem der Alkoholiker, und ergänzt dabei in überraschender Weise die Angaben seines Ratgebers. *„La desquamazione si faceva a larghe falde di color cenero scuro .... Non si notavano ragadi"* — sagt er vom Handrücken [2]).

Dazu muß ich bemerken, daß man an den Handrücken derartig Erkrankter (Alkoholiker, Geisteskranker, Kachektiker) aber auch völlig Gesunder, wenn sie die Haut stark und oft feucht erhalten, wie also z. B. Wäscher, und

---

[1]) *„d) es ist nicht periodisch, wie das echte Pellagra-Erythem; alle Jahreszeiten sind dem pellagroiden Erythem günstig".*

[2]) *„Die Abschuppung erfolgte in großen Blättern von dunkelgrauer Farbe. ... Rhagaden wurden nicht gefunden".*

zugleich viel der Sonne exponieren müssen, in der Tat auch Schüppchen von dunkler, grauer, bis graubrauner Farbe vorfindet, die zudem den rektangulären Typus nachahmen können. Ebenso kann in solchen Fällen auch eine Art hyperkeratotischen Saumes entstehen, allein die Wucht des ganzen Prozesses ist im Vergleich zum pellagrösen eine minimale, die Beteiligung des Coriums kaum nennenswert. Sonst ist die Farbe dieser Schuppenfetzen, wie gesagt, eine weißlich-gelbe. Namentlich z. B. an braunen Unterarmen sticht die fast weißliche Schuppung schön von der übrigen Haut ab.

Es gibt jedoch weiterhin zweifellos an den Hand- und Fußrücken solcher Individuen Zustände, welche nicht recht auf Sonnenwirkung zurückgeführt werden können und welche trotzdem ihnen sehr nahe stehen müssen. Sie finden sich vielfach in der Literatur beschrieben und aus der neueren bietet mir eine Mitteilung von G. Garbini willkommenen Anlaß, diese Form differentialdiagnostisch zu besprechen. Es handelt sich um fünf Kranke[1]). Die Beschreibung ist zwar sehr knapp gehalten, so daß man nicht zu einer ausreichenden Vorstellung, sohin auch nicht zu einer annähernden Diagnose des Hautzustandes gelangt. Man erfährt aber, daß die fünf Personen dem Trunke nicht ergeben waren, daß sie nie Mais genossen hatten, daß sie — was meines Erachtens ganz ohne Belang ist — nicht von pellagrösen Eltern abstammten.

Das Erythem selbst, bei allen fünf auf die Hand- und Fußrücken lokalisiert, wird als diffus beschrieben, zeigte eine bräunliche Farbe und war von Schuppung begleitet. Der Verlauf ist in den einzelnen Fällen nicht präzisiert; die Krankenskizzen enthalten nur Momentbilder aus irgendeiner Epoche. In einer zusammenfassenden Epikrise ist die Rede, daß das Erythem von erheblich langer Dauer gewesen ist, daß es im Frühjahre auftrat, im Sommer sich allmählich verschärfte, bis es langsam im Winter milder wurde. Dieser ausgedehnte Verlauf spricht allein schon gegen die Annahme eines wahren Pellagra-Erythems. Garbini meint zwar, daß man die Fälle, wenn sie in einer Irrenanstalt Oberitaliens gesehen worden wären, zweifellos für Pellagra gehalten haben würde. Soweit sich dies auf die psychischen und neurologischen Symptome, sowie auf die Erscheinungen vonseiten des Darmtraktes bezieht, wird Garbini durch Vedrani[2]) auf das entschiedenste widersprochen und bezüglich der Hautsymptome kann ich ihm aus angeführten Gründen nur lebhaftest sekundieren.

Ebenso wie ich zu einer peinlichen Ängstlichkeit bei Gebrauch des Ausdruckes „Halsband“, „Pellagramaske“ bewegen möchte, so glaube ich auch eine

---

[1]) Guido Garbini, Alcuni casi di pseudopellagra in Sicilia. Rivista di Pathologia nervosa e mentale. Anno VIII. Volume VIII. 1903. Seite 312—319. Firenze. Società Tipografica Fiorentina.

[2]) Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Ferrara. Prem. Tip. Sociale G. Zuffi, 1903. Anno XXXI. Seite 469 und 470.

Vermeidung der Worte „pellagroide“ oder „pseudopellagroide“ Erytheme oder Zustände anregen zu sollen. Ihre Anwendung erweckt zu leicht den Glauben, als handle es sich um definierbare und positive Begriffe.

Schließlich möchte ich aufmerksam machen, daß auch wirklich Pellagröse an Sonnenbrand oder solchen nicht genauer determinierbaren Erythemen erkranken können. Dadurch wird der Schein der Spezifität selbstredend gewaltig erhöht. Glücklicherweise sind das aber Probleme, die mehr ersonnen sind, als sie der Wirklichkeit entsprechen. An ihnen müßte das Urteil und der Beweis sein Ende finden.

2. Pellagra-Erythem und Vitiligo.

§ 37. Wenn ich in § 31 von indiskutablen Differentialdiagnosen gesprochen und unter die diskutablen die Vitiligo gestellt habe, so mag das dem ferner Stehenden ungerechtfertigt dünken. Nicht so, wenn man Gelegenheit gehabt hat, mitten unter die praktische Tätigkeit zu treten, die sich um die Pellagra entfaltet. Ich habe mehremale gesehen, daß ernsthafte und gewiegte Kenner durch allerdings zu hastigen Blick auf die Handrücken sich bestimmen ließen, ein pellagröses Erythem im letzten Abschuppungsstadium zu diagnostizieren, während ausgesprochene Vitiligo vorlag. Das Bild, welches dergestalt zu Täuschungen Veranlassung zu geben vermag, ist inbezug auf die Farbentönung nicht unähnlich demjenigen, das in Tafel XVI festgehalten ist.

Selbstredend meine ich eine ganz bestimmte Form von Vitiligo, wie sie z. B. von Fox[1]) und Darier[2]) erwähnt wird. Ich bin ihr des öfteren begegnet und fand sie bei Kindern und Erwachsenen beiderlei Geschlechtes. Der Harn mancher solcher Kranken war alkalisch und von Phosphaten erheblich getrübt.

Die Pigmentverteilung, welche bei solchen Kranken die kälteren Wintermonate über normal, oder fast normal zu sein pflegt, erfährt im Frühjahre — und darin liegt zunächst eine gewisse Analogie — ziemlich rasch, innerhalb weniger Wochen, eine abnorme Verteilung. An verschiedenen Körperstellen schwindet das Pigment, ganz besonders aber — und das gibt wieder Anstoß zur Täuschung — an den der Berührung mit der Luft unmittelbar ausgesetzten Hautflächen. Zumindest wird die Veränderung vom Patienten und seiner Umgebung dort am ehesten wahrgenommen. So insbesondere an den Handrücken, wo es symmetrisch — Symmetrie und Lokalisation wie bei der Pellagra — das Pigment aus der Haut treibt, so daß sie fleisch- bis rosa-

[1]) Fox, Diskussionsbemerkungen. Monatshefte für Praktische Dermatologie. 1896. Bd. XXIII. Seite 24.

[2]) Darier, Artikel „Vitiligo“ in La Pratique Dermatologique. Tome 4. Paris 1904. Seite 848.

farben aus der normal-, oder überpigmentierten Umgebung heraustritt. Diese Rosafarbe inmitten des Tiefbraun der Umgebung ist in der Tat ähnlich der lividroten Farbe, wie sie am Handrücken, insbesondere nach Loslösung der gesamten Hornschichte beim Pemphigus pellagrosus gesehen wird. Erblickt man einen solchen Kranken in einem Pellagraterritorium aus größerer Entfernung, so ist die Ähnlichkeit faktisch eine außerordentliche. Erst in der Nähe entdeckt man, daß die Oberfläche vollkommen glatt ist, nicht die Spur schilfert und entkleidet man das Individuum, so führen weitere Vitiligoflecke am Stamm oder den Extremitäten auf die richtige Diagnose.

Sollte man sich wirklich durch den Anblick aus der Entfernung in allzugroßer Sicherheit gewiegt haben, so muß überdies die durch mehrere Monate anhaltende Stabilität des Zustandes gegenüber dem höchstens eine Anzahl von Wochen dauernden, zudem veränderlichen Bilde eines Pellagra-Erythems den richtigen Weg weisen.

3. Pellagra-Erythem und Ekzem.

§ 38. Ein kleines Beispiel aus der neueren Literatur zur Illustration der Frage, wie sehr ein Ekzem zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten Veranlassung geben kann: Vedrani[1]), der sich vor Allem die psychischen Störungen auf ihre Spezifität zu studieren vorgenommen hatte, meint einleitend, daß die Vorbedingung für eine gute Diagnose pellagröser Geistesstörung darin liege, daß man zunächst andere Erkrankungen ausschließen könne. Dies gelinge aber nicht immer leicht. So habe er eine Frau beobachtet, bei welcher er Typhus pellagrosus zu diagnostizieren glaubte, wozu er sich namentlich auch durch das Aussehen der Handrücken verleiten ließ. *„Al dorso delle mani in intrambi gli avambracci si osserva* (am 12. Oktober 1903) *che la pelle per una estensione a forma di guanti è nera, desquamante, rugosa, anelastica“* [2]). Unter anderem betrug die Körpertemperatur 38°.

Der Arzt nun, der die Kranke in die Irrenanstalt gesendet hatte, gab einige Notizen mit, in denen es unter Anderem hieß: *„Aumento della pigmentazione della cute — Eczema* (und Vedrani fügt hier in Klammern ein *„sic“* bei) *del dorso delle mani e avambracci“* [3]).

Aus den wenigen Worten, mit denen das Hautleiden geschildert wird, kann Niemand schließen wollen, welche Hautkrankheit vorlag. Vedrani fügt nur bei,

---

[1]) Sui sintomi etc. a. d. i. § 36 a. O.

[2]) *„Man findet, daß die Haut der Handrücken und Unterarme in der Ausdehnung, wie sie Handschuhe bedecken, schwarz, schuppig, runzelig und unelastisch war“.*

[3]) *„Pigmentvermehrung in der Haut — Ekzem der Handrücken und der Unterarme“.*

daß die Kranke in zehn Tagen vollkommen wiederhergestellt war und daß ihm kein Zweifel blieb, es habe ein Delirium tremens potatorum bestanden. *„Ma io confesso .. che l'eritema pellagroide e gli altri sintomi mi deviarono sul primo a pensare alla possibilità del tifo pellagroso“* [1]). Ich weiß nicht, ob man die Wiederherstellung in zehn Tagen *(„L'ammalata guarì completamente in dieci giorni“)* auch auf den Zustand der Handrücken beziehen darf, denn das spräche gegen ein Pellagra-Erythem. Auch kann nach den Mitteilungen nicht gesagt werden, ob nicht nebenbei Pellagra bestanden hatte. Ich halte mich lediglich an die Tatsache, daß der Eine der beiden Ärzte im selben Zustande ein Ekzem, der Andere ein Pellagra-Erythem beziehentlich ein „pseudopellagröses“ Erythem gesehen hat.

Von den vielen Ekzemen, an denen die menschliche Haut erkranken kann, kommen vernünftigerweise für die Differentialdiagnose nur jene in Betracht, welche erstens symmetrisch die typischen Lokalisationen ergreifen. Von diesen vor allem jene, welche die Handrücken einnehmen. Ekzeme z. B., welche nur das Gesicht bedecken, oder nach Art des Casál'schen Streifens nur den Hals umgreifen, werden sofort auszuschließen sein, weil sich das Pellagra-Erythem dieser Stellen fast immer mit dem der Handrücken kombiniert. Eine arge Täuschung ist sohin insbesondere nur dann möglich, wenn die Handrücken allein symmetrisch ekzematös geworden sind.

Weiters müßten solche Ekzeme zyklisch verlaufen, d. h. innerhalb weniger Wochen und ohne besondere therapeutische Maßnahmen mit Ausgang in volle Heilung verlaufen. Drittens müßte das Ekzem sehr bald squamösen Charakter annehmen. Dabei dürfte die scharfe Umgrenzung nicht fehlen, von einem Jucken nicht die Rede sein und selbst die Andeutung eines vesikulären Stadiums vermißt werden. Endlich müßten die Schuppen braun gefärbt, die Schuppen selbst klein, womöglich rektangulär sein und das Corium müßte im Schuppungsstadium keine Anzeichen einer Enzündung erkennen lassen.

Derartige Ekzemformen sind schon theoretisch kaum denkbar, in Wirklichkeit aber findet man wohl das eine oder das andere Symptom, vielleicht sogar eine Reihe vereinigt, nie jedoch ihre größere Mehrzahl. Nur ein flüchtiger Blick kann zur Täuschung führen; halbwegs aufmerksamere Musterung der Einzelheiten muß der richtigen Diagnose zur Geltung helfen. So vor allem das Jucken, die miliaren Bläschen auf entzündlichem Grunde, das fortwährende Aufflackern des Prozesses bald in diesem bald in jenem Winkel der Herde und die nur ganz oberflächliche Ähnlichkeit in der Lokalisation. Speziell an den Händen werden die Finger aller Symptome des Pellagra-Erythems entbehren und kaum wird man Fälle finden, bei denen Bläschen im Epithele der Volae fehlen.

---

[1]) *„Aber ich gestehe, .. daß das pellagroide Erythem und die anderen Symptome mich verleitet haben, zuvörderst an einen Pellagratyphus zu denken“.*

Die Hauptursache der Mißverständnisse liegt auch hier wieder darin, daß man gewöhnlich nur das momentane Bild, und auch dieses nur mit einem gewissen nachläßigen und doch anscheinende Sicherheit verbürgenden Blicke streift, daß man den Verlauf stillschweigend dem vermuteten Erythem entsprechend voraussetzt und weiter kaum oder nicht berücksichtigt.

Der Verdacht eines Irrtumes scheint dem unrichtig Beobachtenden aber vollständig zu schwinden, wenn neben diesen Hauterscheinungen wirkliche oder vermeintliche Pellagrasymptome von gastro-intestinalem oder psychiatrisch-neurologischem Typus locken.

Es ist eben nicht jede Hautveränderung der Pellagrösen für die Pellagra charakteristisch, noch im Prozesse bedingt, ein Satz, der sich viel selbstverständlicher anhört, als er befolgt wurde und wird.

4. Pellagra-Erythem und Erythema exsudativum multiforme (Hebra), bezw. Erythema polymorphe Autorum.

§ 39. Die größten Schwierigkeiten steigen vor mir auf, wenn ich mich bemühe, die Unterschiede zwischen dem Erythema exsudativum multiforme Hebra, beziehentlich zwischen all den verschiedenen Formen auseinanderzusetzen, welche von Hebra's Nachfolgern diesem Begriff an- oder untergeordnet wurden, und dem wahren Pellagra-Erythem.

An dem Begriffe Erythema exsudativum multiforme halte ich hier unverrückbar fest, wie ihn Hebra 1860 aufgestellt hatte[1]). *„Die Hautwärme ist weder subjektiv, noch objektiv merklich vermehrt". „Begleitende Symptome sowie fieberhafte Erscheinungen kommen nur ausnahmsweise und nur in jenen Fällen vor, wo sich das Übel über große Hautstrecken oder selbst über die ganze Haut verbreitet".* Die Diagnose darf nur gemacht werden, wenn der ganze Verlauf überblickt wurde, aber nicht aus dem Bilde eines einzigen Tages oder nur eines einzigen Momentes. Die Variabilität der Effloreszenzen muß konstatiert werden können. *„Je nachdem sich der Kranke im Beginne oder im weiteren Verlaufe des Übels dem Arzte vorstellt, hat letzterer Gelegenheit, entweder Erythema papulatum, annulare oder gyratum zu diagnostizieren"*[2]). Als endliches charakteristisches Kennzeichen weist Hebra auf die Lokalisation hin. *„Es kommt nämlich immer an den Handrücken und Fußrücken vor, und nur in intensiveren Fällen erscheint es auch an den Vorderarmen, Unterschenkeln, Oberarmen, Oberschenkeln und höchst ausnahmsweise am Stamme und im Gesichte, fehlt aber in den zuletzt erwähnten Fällen gewiß nie am Handrücken, allwo sich gewöhnlich die ersten Effloreszenzen einstellen".* Man erkennt aus dieser Beschreibung, wie viele Züge das Bild mit dem des Pellagra-Erythems gemeinsam hat.

---

[1]) Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Redigiert von Virchow. 1860.

[2]) Ganz so erscheint auch dem Pellagrologen die Pellagra bald nur eine erythematöse, bald nur eine squamöse Hautkrankheit zu sein.

Schon Hebra's großer Schüler Kaposi[1]) erweitert das Bild um einige Striche. Er bezieht den Herpes Iris und circinatus, deren naher Angliederung schon Hebra das Wort geredet hatte (Seite 257 seines Handbuches) in den Begriff ein und nennt nun diese Gesamtgruppe Erythema polymorphe.

Typen dieses Prozesses habe ich aus Kaposi's Handatlas der Hautkrankheiten in den Tafeln II und III (Gesamtansichten), sowie in den Tafeln XVII, XVIII und XIX (Handrücken) veranschaulicht. Weiterhin hebt Kaposi hervor, daß gleichzeitig ganz analoge Veränderungen die Mund- und Rachenschleimhaut befallen können — ganz wie beim Pellagra-Erythem —, ja, daß in weiterer Parallele selbst die Vulvo-Vaginalschleimhaut, die Urethra erkranken können.

In ähnlicher Weise vermehrte auch Lewin[2]) das Bild um einige Eigenheiten, so rheumatische Schmerzen, Entzündungszustände der Gelenke, des Herzbeutels, des Herzens. Und Schwimmer[3]) meint, *„daß all diese komplizierenden Erscheinungen mit dem polymorphen Erythem* — so bezeichnet er das Erythema exsudativum multiforme Hebra und das Erythema polymorphe Kaposi — *in Zusammenhang stehen und geradeso wie die akuten Exantheme mitunter erythematöse Vorläufer haben, können auch andere allgemeine Erkrankungen infektiöser und toxischer Natur mit Erythemen sich verbinden"*.

Spätere Autoren haben die allmähliche Verschleierung, welche Hebra's Krankheitsbegriff erfahren hatte, mit Schrecken wahrgenommen[4]). Wolff z. B. schildert ihn wieder fast ganz im Rahmen der ursprünglichen Auffassung und Jarisch[5]) rügt geradezu die Verzerrung, welche der von Hebra so glücklich gezogenen Umgrenzung dieser Krankheit zu teil geworden war.

Es kann hier unmöglich meine Aufgabe sein, anzudeuten, wie man etwa heutzutage mit den modernen Erfahrungen über rheumatische Erkrankungen und über alles das, was von den Erythemen bekannt geworden ist (Neumann, C. A. Wunderlich, C. Gerhardt, Audry, Finger, Besnier, zitiert nach Merk und Rusch)[6]), in ordnenden Zusammenhang bringen könnte. Mir ist lediglich darum zu tun, darzulegen, wie der kompilatorische Krankheitsbegriff „polymorphes Erythem" außerordentlich viele Züge trägt, welche dem Bilde des Pellagra-Erythems ähnlich sind. So erzählt beispielsweise Hebra[7]) und

---

[1]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Wien-Berlin. 1879 und die folgenden Auflagen.

[2]) Lewin, Erythema exsudativum multiforme. Charité Annalen. III. Jahrgang 1876. (Erschienen 1878.)

[3]) Neurosen der Haut. Im Handbuch der Hautkrankheiten, Teil des Handbuches der speziellen Pathologie und Therapie von v. Ziemssen. 14. Bd., 2. Hälfte. Leipzig 1884.

[4]) A. Wolff, Die Erytheme und die mit diesen verwandten Krankheiten, Purpura, Urticaria etc. I. Band des Handbuches der Hautkrankheiten, herausgegeben von Mraček. Wien 1902. Seite 536 ff.

[5]) A. Jarisch, Die Hautkrankheiten. Wien, 1900. Seite 95.

[6]) Ein „Erythema pustulatum grave (exanthematicum)". Archiv für Dermatologie und Syphilis. 69. Band, 1904. Ferner:

Polotebnoff, Zur Lehre von dem Erythem. Hamburg. Leopold Voss. 1887. (In Unna's Dermatologischen Studien), und:

E. Bodin, Artikel Érythèmes in La Pratique Dermatologique. Paris. 1901 bei Masson et Cie.

[7]) a. a. O. Seite 199.

Kaposi[1]), daß dieses Erythem einen Typus annuus zeige, speziell im März—April, Oktober—November, vereinzelt aber auch in anderen Monaten auftrete; daß einzelne Personen manchmal noch zwei bis drei Jahre ungefähr um dieselbe Zeit vom Erythem befallen würden, daß der Zustand zu gewissen Jahreszeiten sich wie eine kleine Epidemie gestalte.

v. Dühring[2]) sagt: *„Auf der Brust und am Nacken zeigen gerade die Teile, die für gewöhnlich unbedeckt getragen werden, die Mehrzahl der Elemente* (nämlich des Erythems), *ja dieselben sind meist fast genau auf diese stärker pigmentierten Flächen beschränkt“.* Im Invasionsstadium findet er *„die Abgeschlagenheit, eine gewisse Müdigkeit meist recht ausgesprochen“. „Die Ausdehnung des Exanthems kann eine recht verschiedenartige sein. Wir erinnern uns keines Falles, wo der Handrücken gar nicht befallen gewesen wäre“.* Er sah einen Patienten mit einem angeblich mehr als zwölften Rezidiv; in einem anderen Falle sah er fünf Rückfälle.

Das sind alles Tatsachen, welche gebieterisch erheischen, daß in zweifelhaften Fällen, in Fällen, die eine sporadische Pellagra, eine Pellagra ohne Mais dartun sollen, die Beschreibungen klar und deutlich gehalten sein müssen, damit ein Erythema exsudativum multiforme Hebra oder ein Erythema polymorphe der verschiedenen Autoren unbedingt ausgeschlossen werde.

§ 40. Diese außerordentliche Ähnlichkeit muß, soweit sie aus den Beschreibungen zum Vorschein kommt, jeder besonnene und ernste Forscher zu würdigen wissen und es wird nach dem Gesagten Niemanden mehr geben, der die systematische Angliederung des Pellagra-Erythems an diese Formen vernünftigerweise anzweifeln kann.

Trotz der großen Ähnlichkeit zwischen den Prozessen bleiben zur Unterscheidung eine Anzahl von Merkmalen übrig. Sie betreffen vor allem die Lokalisation an den Handrücken. Man suche nach der typischen Umgrenzung sowohl proximal als distal z. B. an der Hand der Tafeln IV, V, VI, X B und XIV einerseits (sämtlich Pellagrafälle) und XVI, XVII, XVIII, XIX und XX anderseits. Man nehme — ich verweise wieder auf dieselben Tafeln und Tafel XXI — auf die Art der Schuppung Rücksicht; hier kleinlamellös, vielfach rektangulär — dort großlamellös, in Fetzen. Man betrachte die Farbe, die beim polymorphen Erythem allerdings (Siehe Tafel XVI und XVII, letztere im Originale) auch eine bräunliche Beschaffenheit annehmen kann, dafür aber eine Reihe anderer Merkmale des echten Pellagra-Erythems vermissen läßt.

---

[1]) a. a. O. 5. Auflage Seite 317.

[2]) Beitrag zur Lehre von den polymorphen Erythemen. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 35. Band, 1896.

Ein geübtes Auge wird aber auch im Farbenton — man halte die Farbe in den Tafeln VI und besonders VII und XII entgegen — Unterschiede zugeben.

Stehen Vergleichsobjekte nicht zur Verfügung, oder mangelt es an Erinnerungsbildern wirklichen Pellagra-Erythems, dann suche man deutliche Symptome gastro-intestinaler, zweifellose Zeichen psychiatrisch-neurologischer Natur der Pellagra, man bestrebe sich, durch das Hautbild hindurch die Pellagra selbst zu erblicken.

IV.

Anwendungen.

§ 41. Es möge nunmehr an einer Reihe von Beispielen erörtert werden, welche praktische Bedeutung dem bisher Gesagten zukommen kann.

In der Sammlung von Moulagen der Wiener dermatologischen Kliniken befindet sich die Nachbildung eines Handrückens aus dem Jahre 1900 mit der Bezeichnung „Pellagra". Ich gebe in der Tafel XVI eine möglichst getreue Abbildung derselben. Die Diagnose rührt von Kaposi her. Im Jahre 1903 fand ich eine Kopie dieser Moulage gelegentlich der Übernahme der Klinik vor. Ich nahm wohl wahr, daß eine Reihe von Merkmalen die Diagnose bezweifeln ließen, allein ich schob diese Mängel der Nachbildung in die Schuhe. 1905 hörte ich nun zu meiner Befriedigung und zur Ehre des Mouleurs Dr. Henning, daß die Person, von welcher die Moulage abgenommen worden war, nie Mais genossen habe, noch aus einer Pellagragegend stamme. Näheres habe ich über den Fall nicht in Erfahrung gebracht, insbesondere nicht, in welcher Ausdehnung der andere Handrücken, die übrige Haut erkrankt war, wie das Leiden verlief und welche andere Symptome der Pellagra gesehen worden sein mochten.

Die rosig livide Farbe inmitten des Handrückens müßte, wenn ein Pellagra-Erythem vorgelegen hätte, unbedingt dem ausheilenden Grunde einer geplatzten Blase oder Blasengruppe, mithin einem Pemphigus pellagrosus entsprechen. Ein Pemphigus pellagrosus hinwieder stellt schon eine intensivere Form des Erythems dar, welcher konform auch eine Summe anderer deutlich ausgeprägter Erscheinungen solch hoher Intensität hätte korrespondieren müssen. Die Fingerrücken aber, z. B. sind frei, besonders die zweiten Phalangen und das Nagelglied. Ein hyperkeratotischer Saum am Daumen und am Zeigefinger zwischen der volaren und dorsalen Hautpartie wird vermißt. Das Braun an der Handwurzel, knapp proximal von der schilfernden Stelle ist vollkommen glatt, ohne

geringste Spur von Schuppung. Die Farbe verliert sich zudem allmählich gegen das Gesunde, ohne besonders scharfe Grenze. Dieselben Verhältnisse fallen distal auf: Umstände, welche ein Pellagra-Erythem vollkommen ausschließen.

Für die Allgemeindiagnose „Pellagra" wären nunmehr die mir für diesen Fall unbekannten allgemeinen Symptome heranzuziehen. Mögen dieselben auch noch so positiv gewesen sein, der Moulage nach ist zu folgern, daß bei diesem angeblichen Pellagrösen am Handrücken eine Veränderung zu sehen war, welche kein Pellagra-Erythem war.

Irreführend mag hier lediglich die Lokalisation am Handrücken und die braune Farbe gewesen sein.

Ich vermute, daß es sich um einen Fall von Erythema polymorphe Autorum gehandelt habe, bei welchem es an den Handrücken ja auch gelegentlich zu brauner Verfärbung kommt (Vgl. das Original zu Tafel XVII).

§ 42. Ein Ähnliches gilt von dem in Tafel XXI abgebildeten Falle, einem Fußrücken, dessen Originalbild aus dem Kaposi'schen Handatlas stammt. Das Bild führt dort die Bezeichnung „Pellagra pedum pigmentosa et desquamans". Desquamans ist selbstredend pleonastisch zu verstehen, denn ein Erythema pellagrosum non desquamans wäre höchstens das Kaposi sicher unbekannt gebliebene präludierende Erythem. „Pigmentosa" muß andeuten, daß die braungraue Farbe besonders intensiv gewesen sei. Letzteres ist indes aus dem Originale nicht zu entnehmen. Die Nuance, wie sie beispielsweise vom echten Pellagra-Erythem auf meinen Tafeln VII oder XII besonders gut ersichtlich ist, wird nicht entfernt erreicht.

Auch von diesem Falle erfuhr ich, daß das betreffende Individuum niemals Mais genossen habe, noch aus einer befallenen Gegend stamme. Sollte demnach das Bild beweisend sein, dann müßten seine spezifischen Eigenheiten ganz besondere gewesen sein. Wie die anderen Hautstellen ausgesehen haben mochten, habe ich nicht in Erfahrung gebracht. Die Abbildung läßt eine Reihe wichtiger Merkmale vermissen; denn am inneren Rande des rechten Fußes sieht man zahlreiche miliare und größere, dem Hauptherd vorgeschobene, völlig isolierte Formen von nicht erkennbarem Detail. Es fehlt also die scharfe Begrenzung. Und vollends die Art der Hornschichtabstoßung! Das ist keine „Desquamatio", sondern eine „Exfoliatio", keine Schuppung, wie sie dem Pellagra-Erythem eigentümlich ist, sondern eine Blätterung in großen Fetzen, wie bei einem sehr kräftigen Solar-Erythem. Man vergleiche daneben das Bild aus der Polland'schen Abhandlung[1]), Tafel XIV B, dem ich leider aus meiner Sammlung kein geeignetes Bild zur Seite stellen kann. Es fehlt der Abbildung zwar die Farbe,

[1]) Ein Pellagrafall in Steiermark. Mitteilungen des Vereines der Ärzte in Steiermark Nr. 10, 1906.

trotzdem kann man aber sagen, daß sie in letzterem Falle sicher viel dunkler war, als in Kaposi's Tafel.

Es handelt sich eben auch in diesem Falle um kein Pellagra-Erythem, geschweige denn um ein atlantenfähiges Schulbeispiel.

§ 43. Äußerst zahlreiche Anwendungen würde die bezügliche französische Literatur gestatten, denn in diesem Lande fiel von Théophile Roussel zum erstenmale das Wort Pseudopellagra; hier wurde zum erstenmale von pellagroiden Erythemen gesprochen; hier widmete man der „Pellagre sporadique" ausführliche Abhandlungen (Landouzy [1]); hier endlich versuchte man es, die einheitliche klinische Auffassung der Pellagra in Abrede zu stellen.

Wenn ich aber Beispiele zur Anwendung erst aus späterer Zeit, etwa ab 1880 suche, so geschieht dies, weil bis dahin eine Vernachlässigung des Hebra'schen Krankheitsbildes noch entschuldbar war, ferner aber auch weil Roussel [2]) sich einige Jahrzehnte zuvor genügend mit eben diesem Probleme beschäftigt hatte und die diagnostischen Bedenken der sporadischen Pellagra, der Pellagra der Geisteskranken gegenüber ausreichend dargelegt hatte.

Ich sehe von einem Falle Hardy's [3]) sowie von dessen histologischer Bearbeitung durch Déjerine [4]) ab, weil Hardy nur Eine Hand, und diese noch dazu von einem Toten zeigte, weil es in dem kurzen Referate von der Hautveränderung nur einfach heißt: *„cette main portait les altérations caractéristiques de la maladie"* [5]), weil der Kranke ein erpichter Alkoholiker *(Alcoolique avéré)* gewesen war und weil endlich der damals bedeutendste Pellagrolog Frankreichs, Th. Roussel, sowie Lancereaux und Noël Gueneau de Mussy sich nicht zur Diagnose Pellagra-Erythem bekennen konnten.

§ 44. Eine prächtige Anwendung hingegen kann den am 14. Juni 1894 von Gaucher und Barbe demonstrierten Fällen zuteil werden, weil hierüber authentisches und recht ausführliches Protokoll zur Verfügung steht.

Der erste betraf eine 40jährige Frau, eine Wäscherin, die am 16. Juni 1894 (es müßte wohl ein früheres Datum gewesen sein, denn die Demonstration erfolgte am 14. Juni. Vielleicht soll es „Mai" heißen) im Ambulatorium des Hôpital St. Louis erschien *„pour une rougeur très vive du dos des mains"* [7]).

---

[1]) H. Landouzy a. d. i. § 8 a. O.

[2]) a. d. i. § 27 und 31 a. O.

[3]) Académie de médecine, 28. juin et 5. juillet 1881.

[4]) Ibidem, 11. juillet 1881 und Gazette hebd. N. 26, 27 und 29. Nach dem Referate Seite 919 der Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Deuxième Série. Tome II, 1881.

[5]) *„Diese Hand trug die kennzeichnenden Veränderungen der Krankheit".*

[6]) Deux cas de pellagre alcoolique, par E. Gaucher et Barbe. Annales de Dermatologie et de Syphyligraphie. Troixième Série. Tome V. 1894. Seite 663 — 669. Ferner ebenda, Seite 791. Sitzung vom 12. Juli 1894. Un noveau cas de pellagre alcoolique, gleichfalls von denselben Autoren.

[7]) *„wegen einer sehr lebhaften Röte der Handrücken".*

Seit Jahren gieng sie ihrem Berufe nicht mehr nach. Schon mit 20 Jahren war sie starke Alkoholikerin. *„Vulneraire, Eau-de vín de marc, Absinthe; de plus, elle boit un litre et demi de vin par jour“* [1]).

Im Jahre 1893 hatte sie zur selben Jahreszeit durch drei Wochen eine erythematöse Rötung der Handrücken gehabt, die der Anwendung von Puder leicht wich. Ähnliche Erscheinungen hatten sich einen Monat vor Eintritt in die Beobachtung der beiden Forscher gezeigt, nur waren sie in diesem Jahre rasch zu viel größerer Intensität gediehen.

Die Rötung nahm die Rückenseite der beiden Hände ein, erstreckte sich distal auf alle fünf Finger bis zum ersten Interphalangealgelenke. Die beiden letzten Phalangen waren frei geblieben. Proximal stieg das Erythem auf die Rückseite des Vorderarmes und hörte drei Querfinger über dem Handgelenke auf, dort, wo der Kleiderärmel beginnt. Sie umgab den radialen Rand des Vorderarmes, um etwas innerhalb dieses Randes zu endigen: angeblich eine Folge der bei dieser Frau gewöhnlichen Haltung der Hand in Halb-Pronationsstellung. Im Bereiche der erythematösen Stellen war die Haut glatt, wie gefirnißt. An der linken Hand viel ausgesprochenere Erscheinungen. Die rechte Hand schuppte nur leicht an den Grenzen des Herdes und besonders in der inneren Partie, während die Haut links viel röter war und reichliche Desquamation zeigte. Die Veränderungen verursachten der Kranken Wärmegefühl und lebhaftes Prickeln, aber keinen Schmerz.

Die deutliche Assymetrie, die typische Lokalisation, der Insolation oder Exponierung der Luft entsprechend, vor allem die durch Wochen persistierende Rötung, die Geringfügigkeit des Zustandes im Jahr zuvor, sind Erscheinungen, welche lebhafte Bedenken gegen die Diagnose eines wahren Pellagra-Erythems laut werden lassen.

Von weiteren Hautveränderungen sind nur an den Fußrücken zahlreiche Telangiektasien erwähnt, die indes bei der Patientin im 15. Lebensjahre erschienen waren. Sie haben sich im Laufe der Jahre vermehrt, Varizen kamen hinzu — kurz Zustände, welche nicht das Geringste mit Pellagra zu schaffen haben.

Am 11. Juni (ich rechne sohin vier Wochen später) kam die Kranke wieder. Sie hatte fleißig Amylumbäder gebraucht; die Rötung war beträchtlich gemindert, aber die Schuppung reichlich. Links hatte sie an der Daumen- und Zeigefingerwurzel einige schmerzhafte Fissuren, rechts am Daumenrücken einige Exkoriationen. Die Art der Schuppung ist nicht genau beschrieben. Die Exkoriationen am rechten Daumenrücken lassen auf einen Juckreiz schließen, ein Symptom, das nicht minder Bedenken hervorruft.

[1]) *„Wundkrautschnaps, Trebergeist, Absinth; überdies trinkt sie täglich anderthalb Liter Wein“.*

Daß die beiden Forscher hier offenkundig solares und Pellagra-Erythem identifizieren, geht aus den Schlußworten hervor: *„En resumé, nous avons affaire ici à une femme ... qui présente sur la face dorsale des mains un érythème solaire, un érythème pellagreux qu'elle a très probablement contracté en s'occupant de l'entretien de son jardin"* [1]).

Die zweite Beobachtung ist viel kürzer beschrieben: „Ein 34jähriger Mann von guter Gesundheit, der Paris nie verlassen, nie Entbehrungen ertragen hatte, kommt am 9. Mai 1894 wegen lebhafter Röte der Handrücken, welche vor ungefähr zwei Monaten aufgetreten war. Die Rötung umfaßte die Handrücken, erstreckte sich distal auf die Rückfläche der Phalangen bis zum ersten Interphalangealgelenk (zurückgeführt auf gewöhnliche Stellung der Hand in halbem Faustschluß) und steigt proximal bis einen Fingerbreit über das Handgelenk. Die rote Haut ist glatt, wie gefirnißt, ist nicht der Sitz irgendeiner wirklichen Schmerzhaftigkeit, sondern nur eines Wärmegefühles und erhöhter Empfindlichkeit. Der Nasenrücken ist in strenger Umgrenzung ebenfalls gerötet.

Auch dieser Kranke gibt starken Alkoholmißbrauch, namentlich in Absinth zu, träumt des Nachts lebhaft von schreckhaften Tieren, Abgründen etc. Unter fortwährender Anwendung von Umschlägen mit Holunderblütenthee vermindert sich die Röte und ist schon am 28. Mai vollkommen verschwunden. In den Zwischenfingerräumen und am kubitalen Rande der Hand schuppt die Haut bemerkenswert.

„En somme — sagen die beiden Forscher — *nous sommes ici en présence d'un sujet également alcoolique ... qui a contracté un érythème solaire pellagreux, probablement en travaillant en plein air, exposé à l'ardeur du soleil de mars"*. In der Epikrise heißt es: *„Il est bien prouvé au jour d'hui que la pellagre n'est pas une maladie univoque. L'érythème pellagreux ... est un érythème solaire qui se développe sur l'influence d'une dépression physique ou morale quelconque de l'organisme. ... Ces deux observations sont à rapprocher des cas de pellagre alcoolique publiés jadis par Hardy"* [2]).

Durch diese Beobachtungen hört man den Ruf Bouchard's und Landouzy's (§ 32). In der Tat, solches „Pellagra"erythem läßt sich durch Abhaltung der Sonne verhüten und solche „Pellagra" ist keine einheitliche Krankheit.

---

[1]) *„Um es kurz zu wiederholen, wir hatten hier eine Frau, ... welche an den Handrücken ein Solar-Erythem, ein pellagröses Erythem darbot, das sie höchst wahrscheinlich durch ihre Beschäftigung in ihrem Garten sich geholt hat".*

[2]) *„Kurz und gut, wir sehen uns hier vor einem gleichfalls alkoholischen Individuum, .. das ein pellagröses Sonnen-Erythem sich zugezogen hatte, wahrscheinlich indem es in freier Luft arbeitete und sich den Strahlen der Märzhitze aussetzte. ...*

Es ist heutzutage deutlich erwiesen, daß die Pellagra keine einheitliche Krankheit vorstellt. Das Pellagra-Erythem ist ein Sonnen-Erythem, das sich bei den Leuten unter dem Einflusse irgend einer physischen oder moralischen Depression des Organismus entwickelt. ... Diese zwei Beobachtungen sind den von Hardy schon längst publizierten Fällen von Pellagra alcoholica anzugliedern".

§ 45. Sehr lehrreich ist nun die Diskussion, welche sich an diese Demonstration schloß. Gleich die ersten Worte des ersten Redners beleuchten den wahren Tatbestand. Bartélemy beginnt nämlich: *„les cas de pseudopellagre, chez un alcoolique présenté . . par . .“* [1]).

Er faßt also die Sache so auf, als ob wahre Pellagra a limine auszuschließen sei. Er berichtet über einen angeblich ähnlichen Fall, der ihm untergekommen war, einen 50jährigen Handelsmann, der schon seit einem (!) Jahre an den Handrücken hautkrank ist. Wo aber sind innerhalb Jahresfrist Symptome eines wahren Pellagra-Erythems hin? — Die weitere Beschreibung tut zur Genüge dar, daß es sich ebensowenig um wahres, wie um Solar-Erythem handelt, sondern um ein vesikulöses, häufig rezidivierendes Ekzem der Handrücken, das er komplizierter Weise *„une toxidermite ortiée eczématoïde et pseudopellagreuse“*, eine *Toxidermia urticata eczematoides et pseudopellagrosa* nennt. Durch solche Ausdrücke, in denen sich der Fachmann kaum zurechtfindet, die keine Diagnose, sondern nur Beschreibungen sind, durch dieses Quod pro quo findet das Mißverständnis breitesten Einlaß. Es erhob sich auch zur Diskussion Souplet, daß er gleichfalls in der vergangenen Woche eine Kranke gesehen, welche mit „Pellagra“ behaftet war. Die weitere Beschreibung lehrt aber, daß es sich um ein simples solares Erythem gehandelt habe.

Das bei weitem wichtigste Ereignis in der Debatte war das Eingreifen von P. Raymond. Voll der Erinnerungen, welche er wenige Jahre zuvor über die wahre Pellagra in Görz gesammelt hatte, sagte er: *„Ces cas sont semblables à celui examiné par M. Déjerine, chez un alcoolique et dans lequel il a trouvé des névrites périphériques. Il s'agit, pour moi, de pseudopellagre* (besser hätte er vielleicht gesagt d'érythème solaire) *de troubles trophiques, distincts de la pellagre vraie par zéisme“* [2]). (Im Originale nicht gesperrt gedruckt.)

§ 46. Es ändert am Tatsächlichen nichts, wenn Gaucher & Barbe in der nächsten Sitzung einen dritten Fall vorstellen, den sie diesmal „Pellagre alcoolique“ nennen und von dem sie sagen, daß er mit den ersten zwei absolut identisch sei. Bei dieser Gelegenheit erinnern sie an die in der vorhergehenden Sitzung demonstrierten Kranken, *„qui étaient atteints de pellagre alcoolique“*, *„die von Pellagra alcoholica befallen waren“*.

Das Spiel mit den Worten „Pellagre“, „Pellagre sporadique“, „Pellagre alcoolique“, „Érythème solaire“, Érythème pellagreux“, hält bei Gaucher noch weiter an, denn ein Jahr später demonstriert er, diesmal in Gemeinschaft mit

---

[1]) *„Die Fälle von Pseudopellagra bei einem Alkoholiker . . vorgestellt . . von . . .“*

[2]) *„Diese Fälle sind dem von Déjerine untersuchten ähnlich, bei welchem er — es betraf einen Alkoholiker — perifere Neuritiden vorfand. Für mich handelt es sich um Pseudopellagra, um trophische Störungen, völlig verschieden von wahrer, durch Maisgenuß hervorgerufener Pellagra“.*

Balli[1]) einen weiteren Fall, nennt ihn diesmal Pellagre „sporadique“ und verweist darauf, daß er vor Jahresfrist auch solche sporadische „Pellagra“fälle vorgestellt habe.

Auf die Einzelheiten des Falles kann der Leser mit mir verzichten, denn wieder meint Gaucher, die Beobachtung sei geeignet, die Theorie zu stützen, daß das Pellagra-Erythem ein einfaches Solar-Erythem sei, entstanden bei Kachektischen.

Ich brauche wohl kaum hinzuweisen, daß das wahre Pellagra-Erythem bei sonst ganz kräftigen, gut genährten Personen vorkommen kann und soweit man aus den Moulagen, welche in den Tafeln IV, VII, IX, XI, XII und XIII abgebildet sind und die einer und derselben Kranken zugehören, schließen wird, war diese Person in keiner Weise herabgekommen, noch irgendwie kachektisch.

§ 47. In der darauf folgenden Diskussion erinnert Jeanselme, daß er auch einen ähnlichen Fall beobachtete, den er wenigstens etwas exakter als pellagroides Erythem bezeichnet. „Aber — so fügt er warnend und belehrend hinzu — *je ne pense pas qu'il faille pour cela identifier l'érythème pellagroïde avec la pellagre. En faisant même abstraction de l'étiologie si spéciale de cette dernière, sans quitter le terrain clinique* — ein Grundsatz, den jeder klinische Forscher nur lebhaftest begrüßen muß — *on peut se convaincre aisément, ce me semble, qu'il existe entre ces deux affections des différences fondamentales. Dans l'érythème pellagroïde, la manifestation cutanée est tout ou à peu près tout; dans la pellagre, l'érythème n'est qu'un des éléments, et non le plus important, du tableau symptomatique, car les troubles intestinaux et le délire si particulier avec tendence au suicide occupent dans cette maladie une place au moins aussi grande que les altérations des téguments. Comme dernier argument, j'ajouterai que l'érythème pellagroïde est une affection bénigne qui rétrocède spontanément quand le sujet est soustrait à l'action de la cause nocive, tandisque la pellagre, maladie incurable, est sujette à des recrudescences saisonnières périodiques*“[2]).

Wenn auch diese ernsten und gewichtigen Worte den Kern der Sache treffen und namentlich demjenigen, der Pellagra gesehen, aus der Seele gesprochen sind, so werden sie leider nicht zu bekehren imstande sein. Denn

---

[1]) Sitzung vom 11. Juli 1895, Bericht in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, Troisième Série, Tome VI, 1895. Seite 664—666.

[2]) *„Aber ich denke, daß man deswegen nicht das pellagroide Erythem mit dem Pellagra-Erythem identifizieren soll. Sieht man von der so eigenartigen Ätiologie der Pellagra ab und verläßt man das klinische Gebiet nicht, so kann man sich meines Erachtens leicht überzeugen, daß zwischen den beiden Affektionen grundsätzliche Verschiedenheiten bestehen. Beim pellagroiden Erythem ist die Hauterscheinung alles oder nahezu alles; bei der Pellagra ist das Erythem nur eines, und nicht gerade das wichtigste der Elemente des Symptomenbildes. Denn die Darmstörungen, das so eigentümliche Delir mit der Neigung zum Selbstmord, nehmen bei dieser Krankheit einen ebenso wichtigen Platz ein, wie die Hautveränderungen. Als letztes Beweisstück füge ich noch bei, daß das pellagroide Erythem eine gutartige Affektion bedeutet, die sich von selbst zurückbildet, wenn das Individuum sich der schädlichen Ursache entzieht, während die Pellagra unheilbar und den periodischen Verschlimmerungen während gewisser Jahreszeiten unterworfen ist“.*

das sogenannte pellagroide Erythem wird den ferner Stehenden durch ähnelnde Erscheinungen vonseiten des Darmtraktes und des Nervensystemes noch immer irreführen. Auch ist die Summe dessen, was man pellagroides Erythem nennt von periodischen Rückfällen zu gewissen Jahreszeiten nicht bewahrt und böse Ausgänge bei pellagroidem Erythem, bezw. bei Pseudopellagra sind, wie in den §§ 49—51 berichtet werden soll, doch auch beobachtet worden.

§ 48. Man wird sich nun sicherlich darnach sehnen, ein Bild eines „pellagroiden" Erythems betrachten zu können. Ein solches ist in dem Werke „La Pratique Dermatologique" (Paris 1900) enthalten. Die betreffende Tafel (Band III, Tafel XIII) — ich habe in Tafel XX eine leider farblose Kopie davon gegeben — stellt die Moulage eines rechten Handrückens aus dem Museum des Hôpital St. Louis in Paris vor, welche von Baretta angefertigt wurde, anscheinend aus der seinerzeitigen Abteilung Vidal's stammt und die Nummer 603 trägt. Die Tafel ist dem Artikel „Pellagre" beigefügt. Daß aber der Zustand für Pellagra-Erythem nicht gehalten wurde, geht aus der Bezeichnung hervor.

Welche positive Diagnose dem Falle zukäme, läßt sich aus dem Anblicke der Abbildung schwer bestimmen. Pellagra-Erythem liegt nicht vor; es erhellt dies schon aus einem Vergleiche der von mir gegebenen Tafeln, besonders aus Tafel IV, V, VI, X B und XIV. Die starke, lamellöse, vielleicht auch lamellös-krustige Schuppung spräche allenfalls für ein solares Erythem. Anderweitige Symptome, die dem übrigen Komplexe der echten Pellagra ähneln, dürften augenscheinlich vorgelegen haben. Die feiste Hand läßt nicht ein schlecht genährtes noch kachektisches Individuum vermuten. Eine gewisse Übereinstimmung mit dem auf Tafel XVI abgebildeten von der Beobachtung Kaposi's stammenden Erythem der Fußrücken ist durch die blättrige Schuppung gegegeben. Die typische Färbung des Pellagra-Erythems fehlt vollständig. Ebenso ein hyperkeratotischer Rand, ein Übergreifen auf die Fingerrücken, wenigstens — der Heftigkeit entsprechend — auf die ersten Phalangenrücken.

Anderseits finden sich im Bilde Anlehnungen an das Erythema exsudativum multiforme Hebra der Tafel XVII, sowie des Kaposi'schen Falles der Tafel XVI und ich hielte es nicht für unwahrscheinlich, daß das Bild ein Erythema polymorphe Autorum vorzustellen habe.

§ 49. Eine genaue Entscheidung erlauben hinwieder drei Beobachtungen aus der allerjüngsten Zeit. Es sei mir gestattet, auf diese höchst interessanten und lehrreichen Fälle so breit als möglich einzugehen.

Alljährlich im Frühjahre sah Brault[7]) auf seiner Abteilung in Algier zwei oder drei Fälle einer Affektion *„très semblable à la maladie que l'on décrit sous*

[7]) Note sur quelque cas de pellagre observés à Alger. Par M. J. Brault. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Nr. 8. Juillet 1907. Séance de 6. Juin 1907. Seite 342.

le nom de pellagre“ [1]). Die mitzuteilenden Beobachtungen beziehen sich auf einen Eingebornen und zwei Spanierinnen, welche alle tödlich endeten.

Erste Beobachtung: Eine 44jährige Spanierin bewohnt Algier seit zwei Jahren. Sie hatte nie eine schwere Krankeit durchgemacht, insbesondere nie einen dem gegenwärtigen ähnlichen Zustand. Sie ist Mutter von sieben Kindern geworden, von welchen fünf leben. Vormals genoß sie in Spanien durch sechs Monate des Jahres manchmal Gerichte aus Maismehl, seit zwei Jahren aber nicht.

Ende 1906 verlor sie den Appetit und zeigte sich niedergeschlagen. Ende Februar 1907 brach die Krankheit aus: Trockenheit und teigiges Gefühl im Munde, Erythem der Vulve *(„en même temps l'érythème se présente à la vulve“)*. Am 5. März, nachdem sich die Kranke etwas länger der Sonne ausgesetzt hatte — man sieht, wie stark die Meinung von der Sonnenwirkung noch herrscht — bekam sie Diarrhoe und Erbrechen. Gleichzeitig erschien besonders zur Nachtzeit das Erythem an den Handrücken; anfänglich ohne Sensibilitätsstörung wurde es später brennend, juckend und blasig.

„Au moment de l'entrée, l'érythème, exulcéré par places, est d'un rouge foncé, d'une teinte tout à fait spéciale, il s'arrête aux premières phalanges; cependant à la main gauche, sur le pouce et l'index toute la peau dorsale est prise jusqu'à l'extrémité des doigts“ [2]). — Hier verweist Brault auf eine beigegebene photographische Abbildung, die ich sehr gerne reproduziert hätte, weil die Ähnlichkeit in der Tat sehr groß ist, jedenfalls größer, als alle derartigen nachgebildeten „Pseudo“fälle der Literatur. Aber schon das Original ist sehr verschwommen und undeutlich. — Die Patientin war sehr niedergeschlagen; die Temperatur schwankt zwischen 38·5 und 39. Ihr fröstelt, schwindelt und besonders in der Nacht deliriert sie. Ausgeprägtes Zittern der Hände und Zunge. *„Il y a des lésions très étendues sur les lèvres, la langue, la voûte palatine et le pharynx qu'on ne peut examiner que très difficilement, en raison d'un certain degré de trismus qui va en s'accentuant; toutes ces parties sont recouvertes d'exulcérations et d'un enduit crémeux, la déglutition est très douloureuse et presque impossible; il y a de la diarrée profuse et des vomissements.*

Au poignet, il y a un bracelet complet; en outre, sur le dos de l'avant-bras les lésions remontent jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde des radius; l'odeur qui s'échappe des parties ulcérées est fade et nauséeuse. En même temps, la malade présente aux angles internes des deux yeux de l'érythème également exulcéré; à gauche, la paupière supérieure est d'un rouge foncé dans toute son étendue et il y a un peu de conjonctivite.

---

[1]) *„äußerst ähnlich jener Krankheit, die man unter dem Namen Pellagra beschreibt“.*

[2]) *„Zur Zeit des Spitaleintrittes fand man ein stellenweise exulzeriertes Erythem von tiefer Röte und ganz besonderer Nuance. Es hörte an den ersten Phalangen auf. An der linken Hand jedoch ist der Rücken des ganzen Daumens und des ganzen Zeigefingers bis zu den Spitzen ergriffen“.*

Les lèvres sont exulcérées et fissuriques, la langue est rouge vif, dépouillée, il y a également des exulcérations au palais; la malade souffre, ouvre difficilement la bouche et avale avec peine, même les liquides.

Les grandes lèvres légèrement oedématiées sont le siège d'érythème également exulcéré" [1]).

Am 17. März 1907 war sie ins Spital gekommen, in der Nacht vom 1. zum 2. April starb sie. Die letzten Erscheinungen waren fortgesetzte Temperaturen um 38, Delirien, galliges Erbrechen, profuse Diarrhoen, heftiger Durst, verringerte Harnmenge, endlich Anurie und Verfall der Kräfte. Autopsie wurde nicht gestattet.

Zweite Beobachtung. Ein 43jähriger Eingeborener kam am 20. März 1907 zur Spitalsaufnahme. Schwerer Alkoholiker, der oft krank war, nie jedoh den gegenwärtigen ähnliche Erscheinungen dargeboten hatte.

Wenige Wochen zuvor verspürte er Schmerzen in den Schenkeln, im Kopfe mit Schwindel, *„en même temps qu'un érythème large apparaissait sur le dos des mains et de ses poignets. Cet érythème est survenu ensuite à la base du cou, sur le devant de la poitrine, à la ceinture, aux aines et aux aisselles.*

L'éruption, qui a le même coloris que chez la malade précédente, est plus pemphigoïde dans tous les points atteints, les plaies ont d'ailleurs la même odeur que chez la malade de l'observation I" [2]).

Mais hat der Mann nie genossen, von einer Sonnenwirkung ist nicht die Rede. Die Krankenskizze ist weit weniger eingehend, als die erste. Von der Körpertemperatur, den Schleimhäuten, von Delirien, Schwindel wird nicht gesprochen. Unter Verfall der Kräfte tritt am 12. April der Exitus ein. Auch von diesem Falle gibt Brault eine photographische Abbildung.

§ 50. Dritte Beobachtung. Betrifft eine junge Spanierin (das Alter ist nicht mitgeteilt), welche nie eine schwere Krankheit mitgemacht und nie

---

[1]) *„An den Lippen, der Zunge, dem Gaumenbogen und dem Pharynx, den man wegen eines leichten Grades von Trismus, der sich steigert, nur sehr schwer untersuchen kann, trifft man sehr ausgedehnte Läsionen. Alle diese Teile sind mit Exulzerationen und rahmigem Belag versehen, das Schlingen ist sehr schmerzhaft und fast unmöglich. Es besteht profuse Diarrhoe und Erbrechen.*

An der Handwurzel findet sich ein ausgeprägtes Band. Außerdem steigt die Veränderung bis vier Fingerbreite über den Proc. styloid. radii. Den exulzerierten Partien entsteigt ein schaler und eckelerregender Geruch. Gleichzeitig bietet die Kranke an den inneren Augenwinkeln ein gleichfalls exulzeriertes Erythem. Das linke obere Lid ist in seiner ganzen Ausdehnung dunkelrot und es besteht etwas Conjunctivitis.

Die Lippen sind exulzeriert und mit Fissuren versehen; die Zunge ist lebhaft rot, des Epithels anscheinend beraubt. Gleiche Exulcerationen trifft man am weichen Gaumen. Die Kranke leidet, öffnet schwer den Mund und schluckt selbst Flüssigkeiten mit Mühe".

Die großen Schamlippen sind leicht ödematös, erythematös und ebenfalls exulzeriert".

[2]) *„... während gleichzeitig an den Handrücken und den Handwurzeln ein ausgebreitetes Erythem erschien. Dasselbe befiel hierauf die Halsbasis, den Vorderteil der Brust, die Gürtelgegend, die Weichen und die Achselhöhlen.*

Der Ausschlag vom selben Kolorit, wie bei den früheren Kranken, ist in allen befallenen Stellen blasig, die Wunden haben aber denselben Geruch, wie bei der Kranken der ersten Beobachtung".

Mais genossen hatte. Zwei Jahre vor Eintritt in Brault's Beobachtung, nach einer Fehlgeburt, hatte sie eine Stomatitis, ein leicht bullöses Erythem an den Händen *(sur les mains),* Krämpfe, war blaß im Gesichte und im allgemeinen schwach. Elf Monate vor Beginn der Beobachtung wurde sie wieder schwanger und abortierte wieder. (Im zweiten Monate.) 20 Tage nach ihrer Rückkehr nach Algier bekommt sie Diarrhoe, Stomatitis, Vulvitis und Erythem an den Handrücken. So tritt sie das erstemal ins Spital. *„On constate à la vulve un érythème rouge vernissé, occupant les grandes lèvres; il y a un léger suintement, toujours même odeur et même coloris. La bouche présente une stomatite diffuse avec enduit crémeux, la langue est rouge, dépouillée. Nous ne revenons pas sur l'érythème des mains qui est typique; la malade ne présente pas de troubles digestifs très marqués, mais elle a par instant du délire, elle s'évade de l'hôpital"* [1]).

Zu Hause wurde ihr Zustand immer schlimmer: Abmagerung, Müdigkeit der Glieder *(Courbature),* anfänglich Verstopfung, später traten Diarrhoen auf. Zweieinhalb Monate deliriert sie, hat einige kleine epileptische Anfälle *(quelques petites crises épileptiformes),* das Erythem hat sich ausgebreitet, das Schlucken wird peinlich, reichlicher Speichelfluß, der noch durch Protojoduretpillen, verordnet von ihrem Arzte, zunahm.

Am 21. Mai 1907 kam sie neuerlich ins Spital.

„On constante un amaigri sement très prononcé, prostrations, la malade est ccuchée en chien de fusil, mais elle n'a pas signe de Kernig, les réflexes et les pupilles ne présentent rien d'anormal, hypothermie, délire continu, carphologie, trismus, diarrhée incoërcible, anorexie, dysphagie. L'érythème de la face dorsale des mains, plus accentué sur le dos de ces dernières, descend cependant en s'atténuant jusqu'au bout des doigts. Au poignet la teinte rouge foncé de la rôtissure exulcérée par places, se termine par un liséré plus teinté encore (er verweist hiebei auf die Abbildung der ersten Beobachtung); *sur le devant des poignets, l'érythème forme bracelet et mesure environs 3 travers de doigt; la paume est intacte.*

On remarque des placards de même teinte aux plis des coudes, des deux côtés; érythème moins marqué à la rotule droite, l'érythème de la vulve a presque disparu. Les parties exulcérées exhalent la même odeur fade et repoussante que chez les malades précédents" [2]).

Die Kranke wird immer schwächer und stirbt am 26. Mai.

---

[1]) *„An der Vulva findet man ein Erythem, wie rot gefirnißt mit dem Sitze an den großen Schamlippen. Leichtes Nässen, allenthalben derselbe Geruch, dasselbe Kolorit. Diffuse Stomatitis mit rahmigem Belag; die Zunge ist rot, gleichsam nackt. Wir wollen auf das Erythem der Hände nicht genauer eingehen: es ist typisch. Die Kranke hat keine bemerkenswerten Darmstörungen, nur manchmal leidet sie an Delirium. Sie verläßt das Spital".*

[2]) *„Patientin ist sehr abgemagert, hinfällig, liegt in den Hüften abgebogen wie ein Gewehrhahn, hat aber kein Kernig'sches Symptom. Reflexe, Pupillen bieten nichts Abnormales. Es bestehen herabgesetzte Temperaturen, fortwährendes Delirieren, Flockenlesen, Trismus, unstillbare Diarrhoe, Anorexie, Dysphagie. Das Erythem ist an den Handrücken sehr ausgeprägt, steigt, immer schwächer werdend, bis zu den Fingerspitzen. Über dem Handgelenke grenzt sich die dunkel-glührote Farbe, stellenweise von Ulzera-*

Allen drei Beobachtungen fügt Brault schließlich Bemerkungen bei, daß man vielleicht in Zweifel sein könne, die Fälle unbedingt Pellagra zu nennen, weil einige Abweichungen vom klassischen Bilde der Krankheit bestünden. So der relativ akute Verlauf besonders bei den ersten zwei Kranken: der Mangel eines Maisverbrauches: die Lokalisation an der Vulva der beiden Frauen und die ungewöhnliche Ausbreitung an die letzten Phalangen. (Die Abbildung Brault's und seine Schilderung stehen mit dieser letzten Behauptung in Widerspruch.) Endlich der pemphigoide Charakter der Läsionen im zweiten Falle.

„*Malgré cela* — meint trotzdem Brault — *cette affection avec salivation, avec lésions de la muqueuse buccale et des lèvres, diarrhée profuse, délire très marqué, mouvements convulsifs, trismus, avec la rôtissure si caractéristique du dos des mains, ne peut guère étiquetée sous une autre rubrique que celle de pellagre et je ne vois aucune autre affection qui puisse s'en rapprocher à un tel degré*“ [1]).

§ 51. Der Leser wird mit mir sicher die Überzeugung haben, daß es eben doch eine andere Affektion gibt, welcher man die Fälle Brault's bis zum Äußersten anlehnen kann, und das ist das Erythema polymorphe Autorum, von dem die drei Fälle aus Algier geradezu typische Beispiele sind. Sie schließen sich engstens an die Bilder, die Lewin, zum Teil Kaposi, besonders aber v. Düring [2]) geschildert haben. Noch mehr lehnen sie sich an die Beobachtungen Gerhardt's und Wunderlich's an. In dem Falle, welchen Rusch und ich [2]) beschrieben haben, hatte die Patientin fast identische Schlingbeschwerden, analoge Veränderungen im Munde, an den Tonsillen, am Genitale, und gleichartige Lokalisation an der übrigen Haut. Auch bei ihm verliefen die Erscheinungen unter dem Gepräge schwersten Allgemeinleidens, schließlich aber genas die Kranke.

Die Bedenken, welche Brault gegen eine unumgängliche Zurechnung seiner Fälle unter die Pellagra erhebt, sind nur zu gerechtfertigt. Beobachtungen, wie seine, verlangen ganz besonders, daß das übrige Bild der Pellagra deutlich heraustrete. Da ich es mir nicht zur Aufgabe machen konnte, die Symptome der anderen Typen des Leidens zu schildern, so verweise ich auf die bezüglichen Abhandlungen Neusser's, Tuczek's und aus neuerer Zeit von Tanzi, Finzi,

---

tionen unterbrochen, durch einen noch stärker gefärbten Saum ab. Auf der Beugeseite der Handwurzel bildet das Erythem eine Art Armband und mißt ungefähr drei Querfinger Breite. Die Palma ist frei.

Herde von derselben Farbe finden sich in beiden Ellbeugen, ein weniger deutliches Erythem über der rechten Kniescheibe. Das Erythem der Vulva ist fast verschwunden. Die geschwürigen Stellen dunsten denselben schalen und widerlichen Geruch aus, wie die vorigen Kranken“.

[1]) *„Nichtsdestoweniger kann man diese Affektion mit dem Speichelfluß, den Läsionen an der Mundschleimhaut und den Lippen, der profusen Diarrhoe, den ausgeprägten Delirien, Krampfbewegungen, Trismus und dem so kennzeichnenden wie verbrannten Aussehen der Handrücken nicht in einen anderen Rahmen einreihen, als im Bilde der Pellagra und ich kenne keine andere Affektion, welche sich zu solchem Grade angliedern ließe*“.

[2]) a. d. i. § 39 a. O.

Vedrani und insbesondere Gregor[1]). Man wird zur Genüge finden, daß Brault's Fälle einer Reihe von diesen Merkmalen entbehren.

Beschränkt man sich hier aber nur auf die kutanen Erscheinungen, so schließt sich die zweite Beobachtung wegen der pemphigoiden Beschaffenheit ohne weiteres aus. Die Steigerung des Erythems zu Blasen findet sich beim Pellagra-Erythem an den Handrücken, manchmal an den Fußrücken und höchst ausnahmsweise am Halse. Brault's Eingeborener aber hatte alle befallenen Stellen blasig verändert, so zwar, daß Brault sich ausdrücklichst hervorzuheben genötigt sieht, seinen Fall von einem Pemphigus zu differenzieren.

Das Hautbild bei den beiden Spanierinnen ist so identisch, daß Brault von ihnen nur eine Abbildung gibt. Diese, zusammen mit der Schilderung, mag auf den ersten Blick in der Tat frappieren. Die Symmetrie ist zwar nicht pedantisch gewahrt, aber die proximale Grenzlinie scheint — wenigstens links — quer über den Unterarm zu ziehen. Die Begrenzung ist allenthalben scharf. Distal reicht sie — ich muß mich bei dem Widerspruch in Brault's Schlußschilderung an die Abbildung halten — an die ersten Knöchel, nur am Zeigefinger geht sie ans erste Interphalangealgelenk. Ein Pellagra-Erythem von dieser Stärke müßte auf die ersten Phalangenrücken der andern Finger übergreifen. Sehr wichtig ist zur Unterscheidung ferner die Schuppungsart: sie ist im Zentrum sehr kräftig, an den Rändern der Herde aber kaum oder nicht zu sehen. Das sind mit Einschluß der übrigen Symptome Gründe, genügend, die Diagnose eines wahren Pellagra-Erythems und sohin einer Pellagra abzulehnen.

§ 52. Man ist also an der Hand der Eigenheiten des wahren Pellagra-Erythems ganz wohl imstande, sich vor Täuschung zu bewahren. Mit Jeanselme wird man, fest auf dem Boden der klinischen Tatsachen stehend, diesen für die Diagnose das Hauptgewicht einräumen und die Anamnese nur höchst kritisch verwerten. Auf diesem Wege verkennt sich dann eine wahre Pellagra nicht, auch wenn sie fern von einem Endemieherde zur Beobachtung gelangt.

Es mögen daher, nach den besprochenen Fällen von Solar-Erythem, Ekzem, Erythema polymorphe autorum, welche zur Verwechslung veranlaßten, aus der neueren Literatur Berichte besprochen sein, aus denen hervorgeht, daß echte Pellagra in der Tat sporadisch vorkommen kann.

---

[1]) Adalbert Gregor, Beiträge zur Kenntnis der pellagrösen Geistesstörungen. Jahrbücher für Psychiatrie. XXVIII. Band.

Vedrani, a. d. i. § 36 a. O.

Finzi Jacopo, Psicosi pellagrose, Bolletino del Manicomio di Ferrara. Anni XXIX e XXX. 1902.

Tanzi Trattato delle malattie mentali. Milano. Società Editrice Libraria, 1905.

Ein Fall betrifft eine Kranke aus meiner eigenen Beobachtung [1]). Diese, eine 34jährige Frau, kam am 17. April 1905 in die öffentliche Sprechstunde (Ambulatorium) der Klinik.

Die kräftige, durchaus nicht kachektische, sondern ganz gesund aussehende Person trug die Unterarme gegen ihre Gewohnheit bis zum oberen Drittel entblößt, die Ärmel aufgekrempelt, weil ein dort befindlicher Ausschlag das Reiben der Kleider unerträglich machte. In diesem Bereiche war die Haut bis über die Handrücken und bis einschließlich die ersten Phalangenrücken geschwellt, diffus dunkelrot, fast braunrot. Die Rötung gieng auf die Beugeseite der Unterarme über, hörte aber an der Handwurzel plötzlich auf, so daß die Palmae völlig normal aussahen.

In diesem ziemlich gleichmäßigen Kolorit sind die Kleinfingerseiten der Handrücken ganz besonders dunkelrot und hier saßen, dicht aneinander gereiht und oft zusammenfließend, oberflächliche Pustelchen mit dünnflüssigem Eiterinhalt. In dem ganzen Bereiche schilferte die Haut kleienförmig-lamellös, besonders an der Grenze zwischen gesunder und kranker Haut, im oberen Drittel der Vorderarme. Diese Grenze ist etwa fingerbreit, über der Streckseite der ersten Phalangenrücken jedoch nur einige Millimeter breit.

Am Nasenrücken, namentlich an der Nasenspitze war die Haut ganz leicht und eben kenntlich gerötet, aber doch schon von schmutzig-graubraunen, feinlamellösen Schüppchen bedeckt. Ebenso schilferten die Lippen. Allein für sich bestehend wäre das schwache Erythem des Gesichtes sicherlich übersehen oder vonseiten der Kranken nie ein Gegenstand einer Beschwerde einem Arzte gegenüber geworden und doch kam gerade ihm im Zusammenhange mit der Veränderung an den Handrücken eine hohe, fast ausschlaggebende diagnostische Bedeutung zu.

Das Kennzeichnende lag in der Lokalisation im allgemeinen, in der besonderen Akzentuierung der Lokalisation an den Kleinfingerseiten der Handrücken, der heftigen Entzündung im geröteten Gebiete, der dunklen, ja beinahe bräunlichen Mitfarbe, der braungrauen Farbe der Schuppen, im Auftreten zur Frühlingszeit.

Dreizehn Tage später sah ich die Kranke und zwar in ihrem Anwesen, eine Stunde von Innsbruck entfernt, wieder. Das Erythem war im Rückgang, die Farbe braunrot, die Schuppung stärker. Nun erst erhob ich anamnetisch die Tatsache des Maisgenusses, ließ eine Portion des vorrätigen Mehles untersuchen und es wurde (von Adjunkt Schindler in St. Michele a. d. Etsch) als gewöhnliches Abfallsmehl bezeichnet.

[1]) Eine genuine Pellagra im Oberinntale. Wiener klinische Wochenschrift Nr. 37, 1905.

Am 6. Juli stellten sich schwer-psychotische Erscheinungen (eine Amentia mit einzelnen katatonischen Symptomen), eitrige Cystitis, Myocarditis ein und unter unstillbaren Diarrhoen kam es am 21. Juli zum Exitus letalis.

§ 53. Ein weiterer ebenso lehrreicher Fall aus einem sonst von Pellagra freiem Gebiete stammt aus der Beobachtung R. Pollands[1]).

Der Kranke, ein 47jähriger Landarbeiter, hielt sich schon lange Zeit in Leibnitz, etwa 50 Kilometer südlich von Graz in vollkommen pellagrafreier Gegend auf. Seit 1901 oder 1902 stellten sich namentlich im Frühlinge Magendarmstörungen ein, wie Appetitmangel, gelegentliches Erbrechen und Diarrhoen. Im Sommer waren die Beschwerden stärker, um im Winter zu schwinden. Doch kehrten sie alle Jahre in stärkerem Grade zurück, wobei der Kranke etwas abmagerte und besonders im Sommer Abspannung und Ermattung bei der Arbeit verspürte. Zu Beginn des Sommers, als die Tage länger wurden und er mehr im Freien arbeitete, traten bei ihm an Händen und Füßen, die bloß getragen wurden, rote Flecke auf, die etwas Brennen verursachten.

Im Jahre 1905 wurden diese Beschwerden stärker. Ende Mai entstanden an Hand- und Fußrücken unter juckenden und brennenden Sensationen helle und dunkle rote Flecke, die einige Zeit bestehen blieben. Bald darauf schossen verschieden große Blasen auf, die infolge der Insulte bei der Arbeit etc. bald aufsprangen und eine wässrige Flüssigkeit entleerten. Schließlich löste sich die Blasendecke ganz ab. Auf diese Weise breitete sich die Affektion bis auf die Vorderarme und Unterschenkel aus. Außer einem leichten Mattigkeitsgefühl, Neigung zu Diarrhoen und geringer Eßlust war das Allgemeinbefinden nicht wesentlich gestört.

Der Ende Juni erhobene Hautbefund lautet: *„Von der Mitte des rechten Vorderarmes bis hinab zur ersten Phalanx, seitlich am Kleinfingerrand begrenzt, findet sich ein zusammenhängender Erkrankungsherd, der von einem unterminierten Hornschichtssaum begrenzt ist, wie er abgelaufenen, exsudativen Erythemen entspricht. Innerhalb dieses Herdes selbst zeigt die Haut noch eine gewisse cyanotische Röte, sonst ist sie sekundär von zahlreichen Follikulitiden und Furunkeln durchsetzt. An der Beugefläche ist es nur zu einer teilweisen Abschilferung der Hornschicht gekommen; die Abschilferung setzt sich bis zur Mitte des Vorderarmes fort. Über den Krankheitsherd hinaus bis auf den Ellbogen hinauf sieht man starke Pigmentationen. Links ist der Herd analog beschaffen, nur schärfer gegen die Seitenränder abgegrenzt.*

Vom untern Drittel beider Unterschenkel nach abwärts beginnt eine Pigmentation, die in nur zum Teil mortifizierter, in Abstoßung begriffener Hornschicht ihren Grund hat, denn nach Abhebung derselben kommt roseurotes Epithel zum Vorschein. Diese Verdickung der Hornschicht erreicht über den Sprunggelenken höhere Grade.

[1]) a. d. i. § 43 a. O.

Direkt zur Abhebung der Hornschicht ist es beiderseits am Fußrücken gekommen in Form von handtellergroßen Herden (angeblich soll Blasenbildung vorhergegangen sein), die von einem aufgeworfenen Hornschichtsaum begrenzt sind und eine deutlich bläulichrote Farbe zeigen. Vorn an den Zehen verdickte, pigmentierte, schmutzig imbibierte, in Abstoßung begriffene Hornschicht“ [1]).

Der Kranke verließ aus äußeren Gründen schon nach zehn Tagen wieder die Anstalt und verlor sich aus dem Gesichtskreise.

Die Anamnese ergab, daß der Kranke einen aus Maismehl bereiteten kuchenartigen Brei, in Steiermark unter dem Namen „Türkensterz“ bekannt, vielfach gegessen habe.

[1]) Diese Fußrücken sind auf Tafel XIV Figur B abgebildet.

V.

Die pellagrösen Erscheinungen als dermatologisches Problem.

§ 54. Jeder Autor, der über die klinischen Symptome der Pellagra handelte, mußte sich selbstredend auch mit den Hauterscheinungen befassen. Es hat aber auch Solche gegeben, die so ziemlich ausschließlich diesen Gegenstand berücksichtigten und von Diesen soll im folgenden hauptsächlich die Rede sein. Von den älteren Autoren will ich nur die markantesten besprechen, und auch sie nur insoferne, als ihre Angaben für die Entwicklungsrichtung dieser Kenntnisse von bestimmender Bedeutung waren.

Ich streife flüchtig die bereits erwähnte Tatsache, daß schon Casál in der Mitteilung der dritten seiner Krankengeschichten das dermatologische Problem insoferne kritisch berührt, als er an dem Kranken die Differentialdiagnose zwischen Ichthyosis (Albarras nigrum) und pellagröser Hautveränderung erläuterte.

Ich erinnere an Gherardini, dessen Bestreben, dem dermatologischen Probleme auf experimentellem Wege beizukommen, größte Anerkennung, ja Bewunderung verdient, und wende mich zu dem bedeutendsten Autor der ersten Epoche, zu Gaëtano Strambio.

Neben den echten, typischen Veränderungen, auf welche ich nun wohl nicht mehr einzugehen habe, beschreibt er Hauterscheinungen bei Pellagrösen, die man heutzutage nicht mehr als spezifisch anerkennen kann. Gleichwohl haben gerade die Äußerungen namentlich in der Literatur der Italiener große Bedeutung und nachhaltigen Einfluß erlangt.

„E trovai[1]*) altre eruzioni della pelle omesse dagli Antecessori, ... La pelle anserina, l'erpetiche fioriture, la forforaggine della parte capelluta del capo, le papolette miliari su tutto il corpo, ed il rossor del naso furono cose da me raris-*

[1]) a. d. i. § 3 a. O. (Dissertazioni).

sime volte osservate. Men di rado mi è avvenuto di vedere certe macchie sulla fronte simili alle efelidi cagionate dal sole, e a quelle, che scorgono sulla faccia delle gravide; ... Più frequentamente ho veduto nella malattia avanzata certe pustolette secche, e pruriginose sopra tutto il corpo principalmente sulle spalle, e sulle coscie; queste sono critiche, perchè collo sfogo di esse si alleggeriscono i sintomi interni del male, e sono tanto simili alla scabie, che qualche volta ho dovuto esitare nel farne il giudizio. Quell' eruzione però, che mi sembrò degna di maggior rimarco, fu di certe macchie sanguigne, che spontaneamente sogliono comparire sul dorso delle mani, sulla parte esterna dell' avambraccio, e talvolta sulle guance; sono esse di figura irregolare; la lor larghezza è varia; il colore ora roseo, ed ora livido; e spesso rassomigliano l' ecchimosi scorbutiche, o quelle, che sono prodotte da contusione. Tutte queste eruzioni, che sono totalmente disparate dall' esquamazione sulle parti esposte al sole, non erano state avvertite da alcuno prima di me; meritavano però l' attenzione di un osservatore, che nulla deve omettere per rischiarare un' incognita malattia" [1]).

Von nicht minderem Einflusse ist es geblieben, daß Strambio auch von einer hereditären Pellagra spricht, die er als erwiesen annimmt. Er meint die Krankheit auch an Säuglingen gesehen zu haben, beschreibt aber diese Formen klinisch nicht näher.

§ 55. Die außerordentliche Mannigfaltigkeit der Hauterscheinungen, welche hiemit Strambio bei Pellagrösen verzeichnete, zeugt von der Minutiosität, mit welcher dieser bedeutende Forscher seine Kranken beschrieb und beobachtete. Es geht zwar aus seinen Worten nicht klar hervor, ob Strambio die angeführten Symptome für spezifisch erachtete. Immerhin meinte er durch ihre Aufzählung zur Aufklärung des Krankheitsbildes beigetragen zu haben. Es muß heutzutage wohl als ausgemacht gelten, daß „Gänsehaut", „Herpetische Effloreszenzen", „Schuppung des behaarten Kopfes", „miliare Knötchen des ganzen Körpers", „Nasenröte", teils als Ichthyosisgrade, teils als Ekzeme, als Seborrhoe, Akne rosacea auch

[1]) *„Ich fand auch noch andere Erscheinungen an der Haut, welche von meinen Vorgängern außeracht gelassen sind, ... Die Gänsehaut, Flechtenarten, die kleienförmige Schilferung der Kopfhaut, miliare Knötchen am ganzen Körper und eine gewisse Nasenröte wurden von mir sehr selten wahrgenommen. Weniger selten begegneten mir gewisse dunkle Flecken an der Stirne, ähnlich den Epheliden, verursacht durch die Sonnenstrahlen, oder ähnlich den Fleckungen, wie sie im Gesichte der Schwangeren entstehen, ... Viel häufiger sah ich bei den vorgeschrittenen Stadien der Krankheit gewisse trockene und juckende Pustelchen, die über den ganzen Körper verbreitet, hauptsächlich doch über den Schultern und den Schenkeln saßen. Sie sind kritisch, denn mit ihrem Ausbruche werden die internen Symptome des Leidens geringfügiger. Sie gleichen sosehr der Scabies, daß ich manchmal mit dem Urteile zögern mußte. Die Erscheinung, die mir aber am bemerkenswertesten scheint, sind gewisse hämorrhagische Flecke, welche spontan an den Handrücken zu erscheinen pflegen, oder an der Außenseite der Unterarme, oder manchmal auf den Wangen. Sie sind von unregelmäßiger Gestalt und verschiedener Größe. Ihre Farbe ist manchmal rötlich, manchmal livid und häufig gleichen sie skorbutischen Ecchimosen, oder Kontusionsflecken. Alle diese Erscheinungen, die vollkommen von jener Schilferung verschieden sind, welche die der Sonne ausgesetzten Teile ergreift, sind noch von Niemandem vor mir erwähnt worden; trotzdem verdienen sie die Aufmerksamkeit eines Beobachters, der nichts außeracht lassen soll, wenn es sich handelt, eine unbekannte Krankheit aufzuklären".*

bei nicht Pellagrösen anzutreffen sind. Pigmentierungen im Gesichte findet man in gleicher Weise bei den verschiedensten Individuen und wurden später vielfach als Reste der Maske oder als Maske selbst gedeutet, ein Mißgriff, der für Strambio schon deswegen ausgeschlossen war, weil er ein Halsband oder atypische Lokalisationen nicht gekannt hat und selbst echte pellagröse Veränderungen an der Gesichtshaut nur selten gesehen hat.

Aber so, wie die übertriebene Ansicht von der Sonnenwirkung sich von damaliger Zeit bis auf die jüngste Abhandlung von Brault lebendig gezeigt hat, so läßt sich die Spur von Strambio's Polymorphie — so groß ist eben der Einfluß dieses gewaltigen Mannes — lange in der Literatur, deutlich noch heute in der mündlichen Überlieferung verfolgen.

Die reichste Ausarbeitung hat sie in Gemma[1]) erfahren.

Selbstredend räumt er dem Erythem mit allen seinen Formveränderungen allen übrigen „pellagrösen" Hautkrankheiten den Vorrang ein. Die Mannigfaltigkeit der letzteren erhellt aus der Umgrenzung, die er ihnen gibt: *„Nel dire dermatopatie pellagrose non intendiamo che esse sieno esclusive alla pellagra, e si differenzino in modo rilevante dalle altre malattie della pelle"*, — und er fügt hinzu — *„come non si differenziano in modo assoluto le dermatopatie sifilitiche"*[2]). Das ist natürlich eine sehr relative Beurteilung und ein sehr deutungsreicher Vergleich. Für die Diagnose ist ihm hauptsächlich maßgebend, daß sich anderweitige und deutliche Pellagrasymptome am Kranken vorfinden, durch welche man das Gesamtleiden diagnostizieren könne. Wenn man sonach die Aufzählung aller Hautkrankheiten erwarten könnte, welche bei Pellagrösen überhaupt vorkommen, so trifft er doch eine gewisse Auslese. Hieher rechnet er die „Anämie", deren Beschreibung den Unterschied von gewöhnlicher Anämie nicht hervorhebt (§ 20); eine besondere Art von Anämie gepaart mit diffuser Pigmentbildung, die er *„erdige Haut"*, *„cute terrea"* nennt; eine Cutis marmorata der Unterschenkel *(livedo pellagrica)*, die nur Weiber befalle (§ 22); dendritische Verästelungen dilatierter Gefäße, angeblich ein bleibendes Merkmal, an der Nasenspitze und Wange (§ 23); Oedeme an Füßen, Wangen, den unteren Augenlidern und der Nase (§ 24): eine *„livedo labiorum"* (§ 25) angeblich schon von Strambio beschrieben und die eine sehr häufige Affektion der Lippen sei. Das Lippenrot sei viel dunkler, mit gesundem Rot nach Art einer Cutis marmorata durchsetzt, der freie Lippenrand trocken, mit Wunden und Rhagaden versehen, der Mundteil der Lippen weich, sammetartig mit roten Pünktchen, den Ausführungsgängen der Schleimdrüsen.

---

[1]) a. d. i. § 3 und § 27 a. O.

[2]) *„Wenn ich sage pellagröse Hautkrankheiten, so meine ich nicht, daß sie der Pellagra ausschließlich zugehören und sich in erheblichem Maße von anderen Hautkrankheiten unterscheiden, . . ., wie sich ja auch die Syphilide nicht in absolutem Grade von ihnen unterscheiden"*.

Eine Reihe von Abschnitten widmet er den Pigmentierungen. Aber meint er — *„Anche qui giova notare, che simili alterazioni cutanee si presentano come sintomatiche di altre malattie“* [1]). Er unterscheidet Flecke *(macchiettatura)* von Linsen- bis Kleinmünzengröße und Fleckungen *(Panno, cloasma pellagrico)*. Von diesen verdient sein *„Panno della faccia“* hervorgehoben zu werden (§ 16), weil er dafür — und hier wird man ihm gleichfalls kaum folgen können — den nur fürs Erythem und die ihm folgenden Veränderungen zu reservierenden Ausdruck „Maske“ setzt. Sie sei besonders bei pellagrösen Frauen vorhanden und ist — soweit namentlich aus den Krankenskizzen seiner Abhandlung über die Kinderpellagra hervorgeht — identisch mit dem auch bei Nichtpellagrösen anzutreffendem Chloasma uterinum (gravidarum). Sein *„Panno demarcato delle mani“* (§ 18) endlich ist zweifellos die Vitiligo, wie sie von mir in § 37 besprochen wurde.

Für das „Erythem“ gebraucht er, wenn es von kleinblasigem Ausbruche begleitet ist, den Ausdruck *„Eczema pellagrico“*, woran man gleichfalls — es war hievon in § 38 die Rede — nicht festhalten darf, ohne zu schweren Mißverständnissen zu gelangen.

Eine Reihe von „Schuppungen“, frühzeitiger Haarausfall, spätes Erscheinen der Schamhaare, Onychogryphosis endlich seien gleichfalls Symptome der Pellagra.

§ 56. In etwas diskreterer Art hatte zuvor der temperamentvollste aller Pellagraforscher, C. Lombroso [2]) neben dem typischen Erythem fast dieselben Formen für die Pellagra in Anspruch genommen. So die telangiektatischen Flecke, schokolade- oder bronzefarbene Pigmentierung und Hautverdickung am Sitze des ehemaligen Erythems; Epheliden und Chloasmata; in einem Falle ein squamöses, strichartiges Ekzem; in drei Fällen Ödem der Lider und Füße; in vier Fällen endlich Fingernagelverdickungen. Diese Formen zählt Lombroso mehr auf, als er sie beschreibt. Er hatte sich aber auch — wenigstens was die Haut anbelangt — nichts anderes zur Aufgabe gemacht. *„Non abbiamo il compito di descrivere qui tutti i fenomeni sintomatologici della pellagra, . . .“* [3]) und widmet dementsprechend diesem Teile nur etwas mehr als eine Seite. Trotzdem hat jedes seiner Worte, besonders bei seinen Landsleuten, einen gewaltigen Einfluß, wie ihn in gleicher Weise höchstens noch Strambio ausgeübt hat. Ich glaube kaum fehl zu gehen, wenn ich annehme, daß ohne Lombroso Gemma seine Abhandlung nicht geschrieben hätte.

---

[1]) *„Auch hier ist nötig zu wissen, daß ähnliche Hautveränderungen sich als Symptome anderer Krankheiten vorfinden“.*

[2]) a. d. i. § 26 a. O.

[3]) *„Wir haben es uns nicht zur Aufgabe gestellt, hier alle Symptome der Pellagra zu beschreiben“.*

Ganz dasselbe Verhältnis zwischen den beiden Forschern besteht auch inbezug auf die sogenannte hereditäre Pellagra. Strambio hat ihre Existenz behauptet und Lombroso die Behauptung weiter ausgesponnen, indem er zwei Formen, eine *„Specie gravissima“* eine sehr schwere und eine *„assai mite“*, eine sehr milde Form annimmt. Ich würde auf den Gegenstand hier nicht näher eingehen, wenn hiefür nicht auch Hauterscheinungen beansprucht würden, welch' letztere namentlich Gemma eingehender zu detaillieren versucht hatte.

„La prima — meint Lombroso — *si manifesta fino dal second' anno di vita; rare volte con desquamazione, più spesso con dolori all' epigastrio, pirosi, voracità, camminare incerto, facile paurosità, diarrea, aspetto giallognolo, come nelle febbri di malaria, mancanza e tardezza nello sviluppo; ma solo più tardi tutti i fenomeni della pellagra, che resistono con singolare tenacità ad ogni cura. In alcuni ho osservato una mala conformazione del cranio, una straordinaria brachicefalia, o dolicocefalia* [1]*), fronte sfuggente, orecchie male impiantate, assimetrie nel volto, anmalie negli organi genitali“* [2]).

Die *„milde Form“* sei eine wahre Pellagra sine Pellagra. Als Zeichen hereditärer Pellagra beklagt er ferner bei Männern: Brennen an den Füßen, Rückenschmerzen, Pyrosis; bei den Frauen weißen Fluß, Gefühl der Schwere im Uterus, Amenorrhoe, Aufstoßen, Schwindel, Verstopfung, Diarrhoen, gelbliche Verfärbung der Haut ohne Desquamation, ohne Delirien.

Mit diesen wenigen Worten — dem Absatze ist etwas mehr als eine Seite gewidmet — behauptet man wohl die Heredität der Pellagra, man beweist sie aber nicht. Unter dem Kapitel Atavismus bringt Lombroso zwei Skizzen, aus denen man wenigstens vermuten kann, wie die speziellen Fälle gewesen sein mögen, die zu einer solchen Generalisierung geführt haben. Die zweite derselben erzählt von einem 12jährigen Knaben mit einer Reihe von Symptomen. Die Eltern sind gesund und vollkommen geisteskräftig. Die Brüder sind pellagrös — eine nähere Bezeichnung der Symptome fehlt —, der Großvater aber war in seinen alten Tagen von einer „Pellagra“ befallen, bei welcher sich dieselbe Reihe von Symptomen vorfanden wie beim Enkel, und zwar: Neigung zum Beißen, den Kopf an die Mauer zu schlagen und derartige Steigerung der Reflexe, daß er beim leisesten Geräusch umfiel. Obzwar von Haut-

[1]) später spricht er auch von „scafocefalia“ als Zeichen hereditärer Pellagra.

[2]) *„Die erstere wird vom Ende des zweiten Lebensjahres an offenkundig. Selten mit einer Abschuppung, häufiger mit Schmerzen im Epigastrium, Pyrosis, Gefräßigkeit, Schreckhaftigkeit, Diarrhoe, gelblicher Hautfarbe, wie bei Malariakranken, Mängel oder Verzögerung in der Entwicklung. Aber viel später treten alle Symptome der Pellagra auf, die nun mit besonderer Hartnäckigkeit jeder Behandlung widersteht. Bei Einigen beobachtete ich unregelmäßige Schädelbildung, wie außerordentliche Brachycephalie, oder Dolichocephalie, flache Stirne, schlecht angesetzte Ohren, Assymetrien im Gesichte, Anomalien der Geschlechtsteile“.*

erscheinungen hier nicht die Rede ist, dachte ich doch, den Fall nicht übergehen zu können, denn es wird manchen Forscher geben, der die Übertragung eines beim Großvater in dessen Alter aufgetretenen Leidens, sei dasselbe Pellagra gewesen oder nicht, auf seinen Enkel nicht gut wird annehmen können.

Die „Schuppung", die „gelbliche Hautfarbe" wie bei Malariakachektikern sind gar nicht näher beschrieben und haben so wenig Spezifisches, daß der Dermatologe sie keineswegs als pellagrös, geschweige denn als heredo-pellagrös bezeichnen kann. Solche Erscheinungen findet man ebenso bei Kindern Pellagröser, wie bei Nachkommen Nichtpellagröser.

Gemma endlich sagt von seinen Symptomen der hereditären Pellagra: *‚Forse talumo non vorrà concedere nemmeno il nome di pellagra, tanto sono poco salienti spesse volte i suoi sintomi"* [1]). Das allein nimmt ihnen natürlich allen Wert. Er berichtet über 18 Fälle, deren Hautsymptome zum Teil Gesichtsekzem (4. und 11. Fall), zum Teil Hautblässe (5. Fall) oder Telangiektasien an den Wangen gewesen sind. Nur im 9. Falle wird ein deutliches Erythem beschrieben *„sulle mani incipiente, ma deciso eritema"* [2]), das allerdings dem typischen Pellagra-Erythem gleichzustellen ist, wobei aber nicht entschieden werden kann, ob der Kranke nicht in der gewöhnlichen Weise durch Maisgenuß pellagrös geworden ist.

Ich habe in Schulen der befallenen Gegenden vergeblich nach typischen Hautsymptomen einer besonderen hereditären Pellagra gefahndet und kann keine andere Form zugeben, als die post partum erworbenen Erytheme.

Ich halte es für sehr gewagt, wenn Agostini [3]) die Atrophie der Schilddrüse und das Myxödem für Zeichen einer ererbten Pellagra ansieht.

Die Art und Weise, wie besonders bei dieser Krankheit von Heredität gesprochen wird, läßt zuviele Deutungen zu. Nimmt man sie in dem Sinne, daß die Kinder und Kindeskinder der Kranken „weniger gesund", „weniger widerstandsfähig" seien, daß ihre Mortalität eine größere sei, so kann man die Frage schlechterdings nicht lösen. Denn derartige Bezeichnungen und Begründungen sind vage, ungenau, ja geradezu unwissenschaftlich. Beweiskräftige Folgerungen müßten zur Voraussetzung haben, daß die verschiedensten Typen der hereditären Form — falls es mehrere gibt — untereinander zumindest in gewissen großen Zügen übereinstimmen und sich nicht in ein Kunterbunt auflösen. Die behaupteten Symptome einer „Heredo-Pellagra" zeigen aber klinische Er-

[1]) *„Vielleicht wird so Mancher nicht einmal den Namen Pellagra diesen Symptomen zuerkennen wollen, so wenig hervorragend sind sie des öfteren".*

[2]) *„an den Händen beginnendes, aber ausgeprägtes Erythem".*

[3]) Agostini, Infantilismo distrofico e infantilismo mixoedematoso da eredo-pellagra. Rivista di patologia nervosa e mentale. Februar 1902.

scheinungen, die, vor allem, was die Haut anlangt, nicht einmal den Namen Pellagra verdienen. Die ererbte Pellagra, wie sie bisher geschildert, um nicht zu sagen skizziert wird, läßt sich von anderen mehr oder weniger wohl definierten Krankheiten der Kinder gar nicht unterscheiden; es fehlt jede Spezifität. Das Gleiche gilt für die den Erwachsenen vindizierten „Spätformen". Den Eltern endlich müßte vor oder zur Zeit der Zeugung die Krankheit nachgewiesen und nicht bloß von ihnen behauptet sein.

Man macht es sich sehr leicht, eine besondere Art von Pellagraheredität aufzustellen, die darin bestehe, daß die Nachkommen Kranker „Degenerationszeichen" aufweisen. Solange man die Ursachen solcher „Zeichen" nicht genau kennt, erklärt man auf diese Weise immer nur Unbekanntes mit Unbekanntem.

Keine der Formen, die für ererbte Pellagra im weitesten Sinne des Wortes angegeben wurden, sind Bevölkerungen und Gegenden fremd, die von Pellagra nie heimgesucht waren und speziell die der Heredo-Pellagra zugemuteten Hautsymptome unterscheiden sich durch nichts von analogen Formen bei solchen Personen, die weitab von Pellagra leben.

§ 57. Darin können mich auch die jüngsten Mitteilungen von E. Régis[1]) nicht irre machen.

Er verfügte über die Beobachtung an einer 44jährigen Kranken, die aus den Landes stammte, die Gegend aber seit dem 16. Lebensjahre verlassen hatte, um sich in der Nähe von Bordeaux anzusiedeln. Mais hatte sie nie genossen. Der Vater war starker Trinker. Sie selbst ergab sich etwa seit dem 22. Lebensjahre gleichfalls dem übermäßigen Weingenusse und zwar in solchem Maße, daß sie sehr häufig völlig betrunken war. Im Mai 1905 — Patientin zählte damals 43 Jahre — erschien nach Angabe ihres Sohnes auf den Handrücken eine abszeß- oder follikulitidenreiche *(„boutoneuse")* Eruption, die heftig jukte. Trotz Anwendung von Salben heilte der Zustand nicht. Im März 1906 verschlimmerte sich das Leiden an den Händen. Ihr Geisteszustand — von dem ich hier vollkommen absehe — führte sie am 15. Oktober 1906 auf die Klinik. Die Kranke zeigte an den Handrücken rotbraune, streng umgrenzte Flecke, welche die Meinung hervorriefen, es handle sich entweder um ein solares oder um ein Pellagra-Erythem. Am 22. Oktober wurde sie der Klinik des bekannten Dermatologen Dubreuilh zugeführt, woselbst man folgenden Status diktierte: *„Face rouge et hâlée avec couperose du nez et des joues, quelques traces anciennes de vitiligo. Le front est plus blanc et présente des traces d'une dermite (érythème) d'origine solaire avec desquamation en larges lamelles. La peau y est fine, lisse, blanche, finement écailleuse.*

[1]) E. Régis, Note sur l'état actuel de la pellagre dans les Landes. Un cas de pellagre avec confusion mentale stupide. L'Encéphale. Journal mensuel de Neurologie et de Psychiatrie. No. 4, Avril 1907.

Les principales lésions siègent sur le dos des mains.

La face dorsale des mains, sur toute son étendue, sauf au niveau du cinquième métacarpien et de la tête des métacarpiens, jusqu' au niveau du carpe, est rouge brillant avec des reflets nacrés, à la fois lisse et finement écailleuse, parcourue de quelque plis. Le pourtour est marqué par une zone de desquamation en larges lamelles.

La peau y est épaissie, souple, mobile, un peu froide, plus froide que l' extrémité des doigts.

L' état psychique de la malade ne permet pas d' interroger sa sensibilité. Le dos des phalanges de l' index et du médius présente le même aspect.

Pas de pigmentation anormale, pas de traces de lésions anciennes.

La face palmaire des mains ne présente rien de particulier, rien non plus à la nuque, dont la peau est souple, sans érythème solaire“ [1]).

Dubreuilh schob die Diagnose einer Pellagra einstweilen noch auf und begnügte sich ein Solar-Erythem anzunehmen.

Am 28. Oktober wurde die Kranke abermals Dubreuilh zugeführt. *„Das Erythem verschwindet* — diktierte er —, *die Epidermis schuppt, die Haut erscheint wieder fast normal“.*

Am 30. November konstatierte er, daß das Erythem unter Hinterlassung einer leicht lividen Färbung, etwa wie eine Zwiebelschale verschwunden war und einen gewissen Grad von Atrophie zurückgelassen hatte.

Obschon nun die Eltern nie pellagrös waren und obschon die Kranke als starke Alkoholikerin bezeichnet wurde, sieht Régis in dem Falle eine offenkundige Pellagra *(„un cas avéré de pellagre, sur lequel aucun doute n'est permis“)*, die keine Zweifel gestattet.

Er sagt in der Epikrise ausdrücklichst, daß das Erythem sich von einem Solar-Erythem nicht einmal in den Augen eines so hervorragenden Spezialisten, wie Dubreuilh, unterschied; nichtsdestoweniger sieht sich Régis veranlaßt, Pellagra anzunehmen, deren Ursache man dem ganzen Zusammenhange nach nur in einer Herkunft aus einem ehemals pellagrösen Bezirk erblicken muß. Die

---

[1]) *„Rotes, sonnverbranntes Gesicht mit Rosacea der Nase und Wangen und einigen alten Spuren von Vitiligo. Die Stirne ist weißer und zeigt Spuren einer Hautentzündung (Erythem), hervorgerufen durch die Sonne, mit Schuppung in Form großer Blätter. Die Haut ist dünn, glatt, weiß und zart schuppig.*

Die wichtigsten Veränderungen sitzen an den Handrücken.

Die Rückfläche der Hände ist mit Ausnahme in der Höhe des fünften Mittelhandknochens und über den Köpfchen der Mittelhandknochen bis zur Handwurzel glänzend rot mit Perlmutterglanz, gleichzeitig glatt und zart schuppig, durchfurcht von einigen Falten. Der Umkreis ist durch eine Abblätterungszone gezeichnet.

Die Haut ist dort verdickt, weich, verschiebbar, etwas kühl, kühler als die Fingerenden.

Der Geisteszustand der Kranken erlaubt es nicht, sie wegen der Sensibilität zu befragen. Die Rücken der Zeigefinger und der Mittelfinger gewähren denselben Anblick.

Nirgends abnormale Pigmentation, noch Spuren früherer Veränderungen.

Die Palmae bieten nichts besonderes, ebensowenig der Nacken, über welchem die Haut weich und frei von Solar-Erythem ist“.

bestrickende Ähnlichkeit, welche sohin andere Krankheiten durch ein verhängnisvolles Zusammentreffen von Symptomen mit der Pellagra zeigen, hat wenigstens den Vorteil, daß sie das Auge schärft. Es erhellt daraus, welche besondere Bedeutung den Hautsymptomen zukommt.

§ 58. Deshalb ragt auch die Behandlung dieses speziellen Themas durch P. Raymond so sehr hervor. Von seinen Ausführungen war schon wiederholt die Rede. Die Lückenhaftigkeit und das Ungenügende, das er in der klinischen Behandlung des Stoffes, in der Bearbeitung der pathologischen Anatomie seinerzeit vorfand, drückten ihm die Feder in die Hand. Er streift nur flüchtig die Tatsache, daß gewisse Veränderungen an der Haut chronischer Alkoholiker, Dementer und Paralytiker die größten Analogien mit denen der wahren Pellagra zeigen können. Eine eigentliche Differentialdiagnostik entwickelt er aber nicht.

Dafür widmet er neben der Klinik der Hautsymptome einen breiten Raum den Ergebnissen seiner mikroskopischen Untersuchungen.

Die erste einigermaßen eingehendere Studie über den Gegenstand rührt von Griffini[1]), damals Student der Medizin, her. Sie war über Auftrag Lombroso's ausgeführt worden. Er hatte Hautstücke von drei Pellagrösen zur Verfügung, die er außerdem mit Stückchen von gesunder eines 75—80jährigen und eines ungefähr 23jährigen Mannes verglich. Die Haut des ersten Pellagrösen befand sich im Zustande der Abschuppung; die des zweiten war anämisch (*„Cute del 2. pellagroso — che presentasi anemica"*). Die des dritten Kranken scheint dem atrophischen Stadium angehört zu haben.

In einer Zusammenfassung bezeichnet er als Hauptergebnisse, daß beim ersten Kranken die Hornschichte hypertrophisch, die Abschuppung äußerst reichlich gewesen ist und daß im Rete Malpighi große Reproduktionstätigkeit herrschte. Beim zweiten waren die Gefäße der Papillen und jene der tieferen Lagen sklerosiert. Beim dritten war die Sklerose an den Gefäßen der tieferen Lagen gleichfalls, obschon in geringerem Grade vorhanden; dieselben Kennzeichen bot das Bindegewebe des Coriums. Außerdem fand hier Griffini eine offenkundige Atrophie der Hornschichte, die sich aus entarteten Zellen zusammensetzte. Das Rete Malpighi dieses Kranken zeigte geringe Reproduktion.

Die Schweißdrüsen, Haare, Follikel und Talgdrüsen schienen ihm nicht abnormal gewesen zu sein und eine Untersuchung der Nerven unterblieb mangels frischen Materiales.

---

[1]) Luigi Griffini, Studio della cute dei pellagrosi paragonata alla normale e alla senile. Milano. Tip. della società cooperativa. Piazza carmine 4. Ein Schriftchen von vier Seiten ohne Angabe des Verlages, noch einer Jahreszahl.

§ 59. Diesen Ergebnissen setzt P. Raymond seine eigenen entgegen. Ihm war es nur um das atrophische Stadium zu tun und deshalb untersuchte er nur ein Hautstück vom Handrücken eines langjährig Pellagrösen.

Das, was ihn schon bei Betrachtung mit schwacher Vergrößerung fesselte, war eine Verminderung der Dicke der Epidermis, eine bedeutende Mächtigkeit der Hornschichte und Schwund der Papillen.

Bei starker Vergrößerung war der epitheliale Anteil der Haut, die Epidermis, erheblich verschmächtigt und setzte sich aus zwei gleich hohen Lagen zusammen. Die eine, die Hornschichte, ist in der Härtungsflüssigkeit (Osmium 1 : 200 mit nachfolgendem absoluten Alkohol) völlig schwarz geworden. Die einzelnen Lamellen sind durch verschieden lange und verschieden breite Spalten getrennt, die Hornschichte als Ganzes verdickt. Er erblickte in den Veränderungen eine ausgesprochene und reichliche Abschuppung — was wohl auch schon das klinische Bild besagt — und vor allem einen hyperkeratotischen Prozess.

Das Stratum granulosum, aus kleinen, länglichen Zellen zusammengesetzt, welche nicht mehr Eleïdin zu enthalten schienen, als in normalem Zustande. Das Rete atrophisch; die Zahl der Zellen und ihre Größe vermindert und in vielen derselben die Kerne blasig entartet. Raymond sieht hierin einen Vorgang von Reizung als Antwort auf die Dilatation der Coriumgefäße. In den Basalzellen des Rete war viel Pigment abgelagert.

Die Papillen waren vollkommen verschwunden. Die Grenzlinie zwischen den beiden Keimblätter-Abkömmlingen war nur durch ein leicht gezähntes Band angedeutet. Im Corium stößt man auf mächtige Gefäßbüschel, deren bedeutendes Volumen mit der Atrophie der Epidermis in auffallendem Gegensatze steht.

Die Haarfollikel, Schweißdrüsen und speziell die Nerven waren unversehrt. Desgleichen die elastischen und leimgebenden Fasern, nur schien ihm diese Partie der Haut leicht verdickt.

Als Hautveränderung bezeichnet er zusammenfassend die deutliche Hyperkeratose verbunden mit Atrophie des Rete.

§ 60. Babes und Sion[1]) scheinen die Haut in sehr verschiedenen Stadien untersucht zu haben. Sie fanden sie *„in verschiedenen Stadien atrophisch oder hypertrophiert, indem die Epidermis in früheren Stadien oft etwas verdickt oder auch verdünnt sein kann, später aber im Stadium der Desquamation verdickt ist“. „Ebenso ist die Malpighi'sche Schichte manchmal verdickt oder verdünnt. Im Stadium der Desquamation entwickeln sich durch Struktur- und Farbenreaktion verschiedene*

[1]) a. d. i. § 28 a. O.

Schichten; namentlich nimmt ein großmaschiges Netzwerk den größten Teil des Stratum corneum ein. In älteren Fällen wird die Oberfläche sehr ungleich, die Papillen vergrößert". Mit letzteren Worten stellen sich die beiden Forscher in Gegensatz zu Raymond's Ergebnissen.

Außer Hyperämie konnten Babes und Sion *„in exzidierten Hautstücken geringe Serumtranssudation mit wenigen Leukozyten und einer eigentümlichen metachromatischen, homogenen, diffusen Maße (wohl Albuminate) erkennen, während namentlich die Schweißdrüsen zellreicher und metachromatische Granulationen enthaltend, angetroffen werden. An den kleinsten Nerven konnte man ebenfalls außer einer mäßigen Durchtränkung mit homogener, blaß färbbarer Maße und verhältnismäßiger Armut an myelinen Fasern nichts Außergewöhnliches konstatieren.*

Viel bedeutender sind die Veränderungen im Stadium der desquamativen und namentlich der chronischen pigmentären abschuppenden Hautverdickung. Hier erkennt man ganz auffällige Wucherungsvorgänge des Epithels, indem verschiedene, gut unterscheidbare Schichten homogenen, dichten oder lockeren Materiales gebildet werden. Die inneren Epithelschichten enthalten viel gelbes Pigment, die Papillen sind in Zellwucherung begriffen und mit zahlreichen Plasmazellen versehen; die Schweißdrüsen sind gewuchert und die erweiterten Talgdrüsen enthalten oft reichliche Kolonien von kleinen Diplobakterien, in deren Umgebung Granulationsgewebe diffus oder herdförmig gelagert auftritt. In demselben prävalieren gewucherte Endothelien und Plasmazellen. Die bedeutende Verdickung der Haut wird durch ein eigentümliches, massenhaft eingelagertes Gewebe bedingt, welches zum Teil aus hyalinen, wellenförmigen, dicken, brüchigen Fasern und von denselben ausgehenden rundlichen Massen, vielleicht zum Teil Exsudat, zum größten Teil aber entartetem, elastischem Gewebe gebildet ist. In diesem Gewebe, welches zum großen Teil nach der Weigert'schen Färbung die Reaktion der elastischen Fasern zeigt, in denen aber ein Teil derselben die Farbe nur schwach festhält und durch Hämatoxylin-Eosin diffus blaßblau gefärbt erscheint, findet man zahlreiche blaße, dicke Stäbchen oder Doppelstäbchen, welche an Bazillen erinnern, durch Anilinfarben aber nur schwach gefärbt werden. Es handelt sich also hier um einen eigentümlichen Irritations- und Exsudationszustand der Haut, welcher im Beginn allenfalls mit einem durch bestimmte Nahrungsmittel bei disponierten Personen erzeugbaren Erythem verglichen werden könnte, während später ein eigentümlicher, die Funktion der Haut schädigender, sklerotischer, desquamativer Prozess auftritt".

Diese Ergebnisse habe ich vor allem deswegen fast vollständig und wörtlich hier aufgenommen, weil ich zu meinem allergrößten Bedauern nicht in die Lage gekommen bin, eigene Untersuchungen anzustellen. Ich konnte des Materiales trotz eifrigen Bemühens nicht habhaftig werden.

Gerade die Angaben von Babes und Sion hätte ich nur zu gerne einer Nachprüfung unterzogen, weil aus denselben nicht klar hervorgeht, in welcher Reihenfolge die histologischen Bilder sich entwickeln, um schrittweise zur Endatrophie und Pigmentanhäufung zu führen. Experimentelle Untersuchungen an

normaler Menschenhaut haben mich gelehrt[1]), daß Vorgänge in der Hornschichte, die zum Teil als Hyperkeratose, zum Teil als Parakeratose bezeichnet sind, in Lebenserscheinungen der Hornschichte selbst ihren Grund haben können. Von diesem Standpunkte aus wäre es interessant, verfolgen zu können, was für Vorgänge zu einer Abtötung und Abstoßung der Hornmassen geführt haben, in welcher histologischen Veränderung denn die dunkle Färbung derselben gelegen ist, worauf es ankommt, daß sich an den Handrücken gelegentlich Blasen erheben. Das Einzige, was ich feststellen konnte, ist, daß in den abgestoßenen und sich ablösenden Hornzellen die Kerne unfärbbar bleiben.

Die Blasenbildung in den Kernen der Retezellen muß nicht unbedingt pathologischer Natur sein. Sie ist auch nachweislich von den Härtungsmethoden abhängig.

Das Verhalten des bindegewebigen Anteiles der Haut ist keineswegs geklärt. Raymond fand keine, Babes und Sion fanden beträchtliche Veränderungen speziell an den elastischen Fasern.

Ganz interessant und ohne Analogie steht der Befund von Babes und Sion, daß die Schweißdrüsen gewuchert sind. Waren ihre Zellen vermehrt, die Schläuche länger geworden, sah man seitliche Sprossungen? Wie verhält es sich endlich mit der von diesen Forschern so stark betonten Hautverdickung? Klinisch besteht sie ja nur ganz kurze Zeit, und zwar solange, als im Grunde der Rhagaden oder Blasen Infiltrate vorhanden sind. In diesem Stadium hätte die von ihm behauptete Zellwucherung in den Papillen nichts Befremdliches. Woraus setzt sich ferner das Infiltrat zusammen? Der schließliche Endausgang ist doch die Atrophie, die klinisch nicht nur in der Epidermis, sondern auch im Corium ihren Ausdruck findet, weil sonst die Cutis nicht durchsichtig werden könnte. (Siehe Tafel VI). Was geht endlich im Fettgewebe vor sich? Schwindet dasselbe an jenen Stellen der Handrücken, welche später Atrophie zeigen? Und zu welcher Zeit, unter welchem histologischen Bilde?

Das und noch anderes wären genügend Fragen, deren Beantwortung noch vollkommen aussteht. Das wertvollste Objekt für solche Studien ist zweifellos die Haut der Handrücken und das ist ja auch der Grund, warum alle bisherigen Untersuchungen an diesem Objekte erfolgten. Ich muß ja zugeben, daß diese Fragen zu beantworten nur ein rein wissenschaftliches Interesse vorliegt, das vom klinischen Interesse bei weitem überragt ist. Deshalb darf

---

[1]) Experimentelles zur Biologie der menschlichen Haut. Sitzungsberichte der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien. Math.-naturwiss. Kl. 1899, 108. Band und 1900, 109. Band. Ferner

Über den Bau der menschlichen Hornzelle. Archiv für mikr. Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Band 56. 1900. Und

Zur Frage der Blasenbildung in der Haut. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 53. Band. 1900.

es nicht wundernehmen, wenn die Forschung sich vor allem Letzterem zugewendet hat.

§ 61. Neben P. Raymond nimmt in dieser Hinsicht Majocchi[1]) einen ebenso wichtigen Platz ein. Wenn auch seine Vorlesungen nicht direkt von ihm, sondern von seinem Hörer Scoccia veröffentlicht sind, so kann man doch unschwer unterscheiden, über welchen Angaben Majocchi's Einfluß gewaltet hat, namentlich, wenn man dessen Autoreferat zu Hilfe nimmt.

Vor allem begrüßt man die differential-diagnostischen Bemerkungen gegenüber dem Erythema simplex, solare, caloricum. Besonders wird auf die im Vergleiche flüchtige Röte des letzteren hingewiesen. Auch das Erythema ab acribus, das Erythema exsudativum, das Erythema „infettivo" (offenbar das Erythema pyämicum Finger) findet seine gegensätzliche Erörterung.

Das Pellagra-Erythem befalle nur die unbedeckten Körperstellen; speziell werden das Gesicht, der Hals, die Hände, die Füße und als gelegentliche Lokalisation die Sternalregion aufgezählt. Im Gesichte trete bald eine diffuse Form, bald ein Ausbruch in Gestalt von Streifen auf. Manchmal umgreifen letztere die Stirne und beide Parotidealgegenden nach Art eines Hufeisens mit nach unten gerichteten Schenkeln. Es wird eine Lokalisation an der Brust über dem Sternum und der Jugulargegend beschrieben, ohne daß ein Casál'sches Halsband bestanden hätte. Bei Frauen sei sogar manchmal die Sternalregion allein befallen.

An den Füßen würden auch die Planta, an den Händen die Palma ergriffen[2]).

Das Erythem lasse drei Stadien erkennen, ein hyperämisches, ein desquamatives und ein rissiges (*„rimoso"*). Das gilt aber offenbar nur von den Extremitätenenden.

Andere Formen seien die hämorrhagische, von der ich schon im § 25 ausführliche Erwähnung machte, die pemphigoide, eine pustulöse, die besonders bei kachektischen und marantischen Individuen erscheinen soll, oder bei Solchen, die schon wiederholt am Erytheme gelitten haben. Sicherlich muß man ergänzen, daß diese Varietäten hauptsächlich die Handrücken besiedeln.

Die Hyperkeratose des Gesichtes, insbesondere am Nasenrücken und den Wangen wird „seborrhoische" Form genannt und auf eine gesteigerte Funktion der Talgdrüsen und Follikel zurückgeführt. Ich habe schon im § 20 dargetan, warum ich diese von Scoccia publizierte Ansicht nicht teile.

---

[1]) a. d. i. § 25 a. O.

[2]) mithin Stellen, die keineswegs lebhaft den Sonnenstrahlen ausgesetzt sind.

Bei Kranken, welche des öfteren an dem Erythem gelitten, werden starke und ausgebreitete Pigmentierungen erwähnt, die nicht vom Erythem abhängen und auch an Stellen angetroffen werden, die nie pellagrös gerötet waren. Sie sind „Chloasmata pellagrosa" genannt. Über den besonderen Sitz derselben ist in dem Auszuge nichts Spezielleres angegeben. Deshalb muß man es auch völlig unentschieden lassen, wie diese Form von einer Vitiligo oder einem Chloasma zu sondern sei.

§ 62. In dem Autoreferate des Bologneser Pellagrologen-Kongresses bezeichnet Majocchi die pellagrösen Hauterkrankungen *„Pellagrodermi"*, was nach der deutschen Nomenklatur etwa Pellagride genannt werden müßte, ähnlich — so meint er — wie man bei Syphilis von Syphiliden spricht.

Der Vergleich hinkt, wie jeder Vergleich, vor allem deswegen, weil Syphilide untereinander von Anbeginn an klinisch von einander verschieden erscheinen, verschieden verlaufen und verschieden enden. Jedes Mißverständnis wird jedoch durch Majocchi beseitigt, wenn er weiter entwickelt, daß seine *„Pellagride"* das Erythem seien, das verschiedenen Metamorphosen unterliege und daß man aus den Metamorphosen vier Haupttypen mit einigen Unterarten ableiten könne. Über diese Formen stellt er folgende Tabelle auf:

1. *Pellagroderma eritematoso* { *Volgare* / *Erisipelatode* / *Eritemato — papuloso* / *Eritemato — maculoso.*
2. *Pellagroderma emorragico.*
3. *Pellagroderma flittenoso e pemfigoide.*
4. *Pellagroderma follicolare* { *Seborroico* / *Cheratosico* / *Acneico*[1]).

Um es nochmals zu betonen: Man darf sich nach dieser Einteilung ja nicht vorstellen, als ob das Pellagra-Erythem in einem Falle gleich von Anbeginne an auf allen Lokalisationen „seborrhoisch", im anderen „pustulös", im dritten „erysipelartig" auftrete und so bis ans Ende bliebe. Majocchi will damit nur die Formen klassifizieren, wie sie als Momentbilder zu irgendeiner Epoche bei den Kranken gesehen werden.

---

[1]) „Erythematöses Pellagrid mit den Unterarten: 1. Vulgaris, Erysipelatoides, Erythemato-papulosum und Erythemato-maculosum. 2. Das hämorrhagische Pellagrid. 3. Das phlyktenulöse und pemphigoide Pellagrid. 4. Das follikuläre Pellagrid mit den Unterarten des seborrhoischen, keratotischen und follikulären Akne-Pellagrides".

Für die Entwicklung dieser Typen selbst gibt er folgende Einteilung:

Der Beginn wird durch ein hyperämisches Stadium gemacht. *(1. Stadio iperemico.)* Diesem folgt die Abschuppung *(2. Stadio desquamativo.)* und findet das Ende in Atrophie und Erschlaffung. *(3. Stadio vincoso.)*

Ich habe die originelle Auffassung des bekannten Bologneser Dermatologen umso lieber so ausführlich aufgenommen, weil durch Gegenüberstellungen das Bild, das ich vor den Augen des Lesers hiemit aufrollen wollte, nur an Lebhaftigkeit gewinnt.

VI.

Schlußbemerkungen.

§ 63. Abgesehen von den Komplikationen, denen besonders die Haut der Hand- und Fußrücken unterworfen ist, stellt das Hautleiden als solches, so sehr es auch das Gesicht und die Hände verunstalten kann, eine harmlose Lokalerkrankung dar; die spezielle Prognose ist also eine höchst günstige. Das verleitet auch den Arzt nicht allzuselten, der Therapie des Zustandes wenig Aufmerksamkeit entgegenzubringen. Soweit das Grundübel in Betracht kommt, wird die Therapie eine rein symptomatische bleiben müssen. Eine Abortivmethode ist noch ganz unbekannt. Trotzdem kann der Arzt Erkleckliches leisten, wenn er nur Sekundärinfektionen verhütet, die Pustelbildung, die eitrige Entzündung in den Rhagaden, die Infiltration des Blasengrundes vermeidet. Ebenso dankbar wird es der Kranke empfinden, wenn man ihm gegen die Entstellung des Antlitzes hilfreich zur Seite steht.

Als hervorragendstes Mittel — es soll hier von der Therapie des Grundübels nicht die Rede sein — bewähren sich tägliche Vollbäder und Seifenwaschungen mit lauem oder kühlem Wasser.

Bei besonders heftigen Entzündungsgraden an den Hand- oder Fußrücken wird man Überschläge mit essigsaurer Thonerde folgen lassen, die tagsüber alle vier Stunden gewechselt werden müssen. Zur Verhütung allzuraschen Austrocknens des Verbandmateriales kann man über die Gaze undurchlässige Stoffe, wie Billrothbattist legen; nur soll derselbe nicht den nassen Stoff vollständig umschließen.

Der Liquor Burowi der österreichischen Pharmakopoe ist eine 8prozentige wässerige Lösung von Alumen aceticum und als solcher zu konzentriert. Man erzeugt durch seine Anwendung nur zu leicht Ekzeme. Verdünnt man ihn aber mit der 7fachen Menge destillierten oder gewöhnlichen Wassers, so entgeht man derartigen Zwischenfällen. (Liqu. Burowi 50,—: Aqu. destill. 350,—.)

Es ist weder vorteilhaft noch notwendig, die Umschläge durch mehr als etwa vier Tage anzuwenden. Der Verband an den Händen belästigt und behindert den Kranken zusehr und ein weiteres Rückschreiten der erythematösen Entzündung ist auch durch weniger lästige therapeutische Methoden zu erreichen. Selbstredend wird man bei besonders heftigem Grade die Wirkung der essigsauren Tonerde durch Kälte wirksam unterstützen können.

Ist die Entzündung von Beginn an schon eine geringgradige, oder hat man durch die Burowlösung eine Milderung erreicht, so empfiehlt es sich, die Stellen nach dem Bade oder nach den Waschungen mit einer Borsalbe (Acid. boric., Glycerini aa 10,—; Ung. simpl. 100,—) dünn zu bestreichen und darüber einen Puder (Zinc. oxydat., Talc. venet. aa part. aequal.) zu streuen, dem man, um eventuell die Applikation weniger auffallend zu machen, soviel Bolus rubra zusetzen kann, daß der Puder Hautfarbe annimmt. Amylumbeimengungen rate ich zu vermeiden, weil die Stärke denn doch gelegentlich schimmelig und unrein werden kann. Die Methode hat den Vorteil, daß der Patient ganz ohne Verband bleibt.

Wird der Kranke erst im bullösen Stadium oder mit heftigen Sekundärinfektionen der Therapie zugeführt, so muß man wohl auch die Blasendecke abtragen, den Eiter durch häufige Waschungen entfernen und die essigsaure Tonerde einwirken lassen.

Auf diese Weise gelingt es, den erythematösen Prozess um einige Wocheu zu kürzen, dem Kranken aber sofort große Linderung zu bringen.

§ 64. Um prophylaktisch für die fernere Zeit ein Wiederkommen der Erytheme zu verhüten, bleibt nach dem heutigen Stande der Kenntnisse über die Ursache des Grundleidens nur notwendig, den Genuß des schlechten Maises zu verbieten. Die Änderung in den allgemeinen sanitären und sozialen Verhältnissen spielt zwar gewiß auch eine große Rolle; sie ist aber nicht so essentiell, wie die Ausschaltung des Maises aus der Nahrung. Die Zeiten sind endgiltig vorüber, in denen man die Pellagra lediglich als Leiden des Elendes auffaßte.

Wenn ich sagte „nach dem heutigen Stande der Kenntnisse über die Ursache des Grundleidens“, so will ich damit nicht mehr und nicht weniger aussprechen, als daß bis zur Stunde eine Pellagra ohne Mais noch nicht zweifellos erwiesen ist. Es kann nicht meine Aufgabe sein, diesen Punkt kritisch zu erörtern, aber ich kann nicht umhin, dennoch betonen, daß ich meinen Hauptzweck darin erblickt habe, jene Krankheit, die man als Pellagra endemisch auftreten sieht, bezüglich der Hautsymptome so scharf als möglich zu umgrenzen. Bislang konnte ich keinen typischen Fall finden, der das anamnestische Moment des Maisgenusses nicht geboten hätte. Das Wesentliche

meiner Schilderung legte ich auf die klinischen Erscheinungen. Auch in den Abschnitten „Differentialdiagnose“ und „Anwendungen“ habe ich nicht so sehr auf die Feststellung der ausschließlichen oder teilweisen Maisnahrung meine Schlüsse basiert, sondern immer darnach getrachtet, aus dem Krankheitsbilde selbst die Entscheidung zu treffen. Es gibt Stimmen[1]), die eine lobenswerte Kühle dem Streite gegenüber bewahren, welches denn die eigentliche Ursache dieser verheerenden Krankheit sei. Sicher wird die Klinik ein entscheidendes Wort in dem Kampfe zu sprechen haben. Sollte sich eine Endemie unabhängig von Mais aufdecken lassen, so ist es die Aufgabe der klinischen Forschung die Fälle — ein einziger spielt keine Rolle — mit aller Umsicht zu diagnostizieren, das Urteil nicht auf ein Symptom, nicht auf eine Symptomenreihe, sondern auf den Prozess als Ganzes zu stützen.

Soweit die Hautsymptome in Frage kommen, habe ich den Weg möglicherweise angedeutet. Nur in einem Punkte bin ich mir eines Fehlers bewußt: Ich hätte die Differentialdiagnose vielleicht auch anderen Hautleiden, sicher jedoch dem Erythema endemicum, beziehentlich der Acrodynie gegenüber herausheben sollen. Der Grund, warum ich es unterlassen mußte, ist aber sehr einfach: Ich habe über letztere Krankheit keine persönliche Erfahrung. Ich hoffe nur, daß durch dieses Bekenntnis meine Ausführungen nicht ganz entwertet werden; denn die Acrodynie scheint — wenigstens in unseren Ländern — doch eine höchst seltene Krankheit zu sein.

§ 65. Die Pellagra währt Jahre, das Pellagra-Erythem nur Wochen. Man kann also die Diagnose aus den Hautsymptomen in den einzelnen Fällen nur während einer sehr beschränkten Zeit stellen. Woran soll sich der Arzt in der Zwischenzeit halten? Praktisch hat, soweit es sich um Endemieherde handelt, die Frage vielleicht nicht jene Bedeutung, die ihr akademisch zusteht, weil der Arzt aus dem vielfachen Umgange mit seinen Kranken doch in Erfahrung bringen kann, ob die Anamnese die gewünschte Hilfe in der Diagnose bringt. Allein, ebenso, wie auf Grund der Hautsymptome sporadische Fälle echter Pellagra erkennbar sind und erkannt wurden, so muß man auch theoretisch voraussetzen, daß gelegentlich sporadische echte Pellagrafälle des gastro-intestinalen oder psycho-neuropathischen Typus oder eine gemischte Form zu finden sei. Eine solche Diagnose hätte sicherlich außerordentlichen Wert.

Mir liegt eine Abhandlung vor, in welcher A. Cassels Brown die Diagnose einer sporadischen Pellagra hauptsächlich auf Grund von Gastro-intestinal-Erscheinungen für erwiesen erachtet[2]). Er erwähnt auch Hautveränderungen. Die Haut wird als abnorm trocken und rauh, die Perspiration völlig erloschen

[1]) Vgl. Gaetano Strambio jun. a. d. i. § 8 a. O., 11. Kapitel.

[2]) Pellagra occurring in England. The Practitioner. May, 1906, No. 455. Vol. LXXVI, No. 5.

geschildert. Außerdem bestand ein leichter papulöser Ausschlag (*„There was a slight papular eruption“*) an der Außenseite des rechten Unterschenkels vom Knie bis zum Knöchel, diesen einschließend. Einige Tage später kam derselbe Ausschlag am Unterschenkel links (*„the papular rash appeared on the other leg“*), war besser begrenzt und etwas röter. Während der folgenden Wochen wurde der Ausschlag im ganzen deutlicher und schuppte schließlich (etwa anderthalb Monate nach Beginn der Beobachtung) beträchtlich. — Das war natürlich kein pellagröses Hautsymptom; darüber ist kein Wort zu verlieren.

Aber auch die übrigen Symptome — die Patientin fieberte z. B. beträchtlich durch fast zwei Wochen — schließen die Diagnose a limine aus. Daß die Patientin von den Maiskörnern, mit denen sie ihre Hühner fütterte, zu essen pflegte, ändert an der Sache nichts.

Wenn dieser Umstand im negativen Sinne so evident werden kann, warum sollte es bei anderen im positiven nicht sein?

Ich gebe zu, daß dem enorme Schwierigkeiten entgegenstehen. Man kennt von den anderen Typen der Pellagra mehr die Syptome, als das Symptomenbild.

Ein Beispiel aus der Geschichte der Medizin läßt erwarten, daß auch das interne Symptomenbild umgrenzt werden wird. Ebenso, wie man aus inneren Erscheinungen in mannigfachen Fällen Pellagra sieht oder zu sehen vermeint, so sah man auch in tausend Symptomen einen Merkurialismus. Und heute? Das Bild des Merkurialismus, seiner gastro-intestinalen, seiner neuro-psychopathischen, seiner gemischten Form, selbst seine Hauterscheinungen sind fest gezeichnet. Die Diagnose des Zustandes ist möglich geworden; die Mythe, die sich um das Gift gestaltet hatte, ist zerstört. Das war Kussmaul's unvergängliches Verdienst. Ein Gleiches muß auch für die pellagröse Vergiftungskrankheit möglich sein.

Die Schilderung der Hautsymptome, wie ich sie versucht habe, ist — ich gestehe es offen — in mancher Beziehung absichtlich etwas herb. Mich spornte der bekannte Satz: Qui bene distinguit, bene docet. Es ist, wenn ich so sagen darf, viel Interieurstimmung hineingeraten. Die Fälle der Praxis liegen aber im Freilicht. Die Schatten sind milder, die Formen verschwommener. Deswegen habe ich, wohl auch um gleichzeitig Mißverständnisse möglichst auszuschließen, eine große Zahl von Tafeln angefügt und die Krankengeschichten der einzelnen abgebildeten Fälle skizziert, soweit ich es vermochte.

Erklärung zu den Tafeln[1]).

Tafel I.

Älteste Abbildung der pellagrösen Hauterscheinungen. Aus Casál's in § 3 angegebenem Buche.

Grobschematisch sind veranschaulicht: Das Halsband mit dem sternalen Fortsatz und die Lokalisation an den Hand-, beziehentlich Fußrücken.

Die Lokalisation im Gesichte war Casál unbekannt geblieben.

Tafel II.

„Erythema multiforme". Einfärbige Kopie der Tafel 66 von Kaposi's Handatlas der Hautkrankheiten.

Veranschaulicht vor allem die einem Casál'schen Halsband vollkommen gleichartige Lokalisation, die Ähnlichkeit mit dem fleckigen Typus im Gesichte und den Unterschied in der Ausbreitung an den Vorderarmen und Handrücken gegenüber derselben Lokalisation beim Pellagra-Erythem.

---

[1]) Die Tafeln II, III, XVII, XVIII, XIX und XXI sind Kopien aus dem Handatlas der Hautkrankheiten von Kaposi, Tafel XX eine solche aus dem III. Bande von „La Pratique Dermatologique", deren Nachdruck die Firma Wilhelm Braumüller in Wien und Leipzig, sowie die Firma Masson & Cie. in Paris bereitwilligst gestattete. Es sei ihnen hiefür der beste Dank ausgesprochen. Tafel XXI allein ist in den Farben des Originales wiedergegeben. Die übrigen Kopien sind nach dem Lichtdruckverfahren nur in einer Farbe nachgebildet, um die Herstellungskosten des vorliegenden Buches nicht zu vergrößern und weil die Überzeugung waltete, daß sie in dieser Form genügend jene Einzelheiten zeigen, die sie veranschaulichen sollen.

Figur A der Tafel XIV stammt, ebenso wie die Textfiguren 2, 3, 4, 5 und 6 (Seite 22 und 24), von Herrn Dr. Pius Deiaco, dem ich für die Überlassung des Kopierrechtes ebenso zu Dank verpflichtet bin, wie Herrn Privatdozenten Dr. R. Polland, von dem Figur B derselben Tafel herrührt.

Tafel III.

„Erythema multiforme bullosum et vesiculosum, circinatum et Iris". Einfärbige Kopie der Tafel 74 desselben Atlasses.

Veranschaulicht die Ähnlichkeit mit der pellagrösen, maskenartigen Ausbreitung im Gesichte. Dem Bilde nach ist Pellagra wegen der bullösen und Irisform auszuschliessen.

Veranschaulicht ferner die dem Pellagra-Erythem äußerst ähnliche Ausbreitung an den Handrücken und den Rücken der ersten Phalangen (aller Finger?). Sie wäre dem Bilde nach vielleicht durch die Diskontinuität des Prozesses und durch die geringe proximale Ausbreitung vom Pellagra-Erythem zu unterscheiden.

Tafel IV.

Moulage des Handrückens der Patientin Ch. Amabile [1]).

Die Patientin war damals 21 Jahre alt, hatte 53·5 Kilo Körpergewicht. Fühlte sich seit etwa 40 Tagen krank. Die Ausbreitung und Art des Erythems sind aus den Tafeln VII, IX, XI, XII und XIII, beziehentlich deren Erläuterungen ersichtlich. Alter des Erythems etwas über eine Woche.

Die Ohren waren frei, die Zunge nicht charakteristisch. Patientin hatte zwei bis drei diarrhöische Entleerungen in der Nacht, große Körperschwäche, konnte aber noch erhebliche Wegstrecken ohne Ermüdung zurücklegen. Patellarreflexe, Periostreflex am unteren Radiusende, Handsehnenreflexe erhöht. Kreuzschmerzen (der Pellagra zuzuschreiben?). Kopfschmerzen am Scheitel, die abends auftreten und während der Nacht vergehen. Des Morgens fühlt Patientin den Kopf vollkommen frei. Eine Zeit hindurch hat sie gegen zwanzigmal im Tage erbrochen.

Patientin kam über meine Veranlassung ins Pellagrosarium von Rovereto, begann unter schreckhaften Visionen zu delirieren und mußte nach sechstägigem Aufenthalte an die Landesirrenanstalt Pergine abgegeben werden, wo sie nach weiteren wenigen Tagen starb.

Die Tafel veranschaulicht unter anderem: 1. Die recht scharfe proximale Abgrenzung. Sie wäre einige Tage zuvor viel schärfer, etwa wie am Handrücken der Tafel V gewesen, weil der „Rosasaum" im Abblassen war. 2. Die ödematöse Durchtränkung der Haut des Handrückens, wodurch das Relief der Haut besonders ausgeprägt wurde. 3. Den Beginn eines hyperkeratotischen Saumes am ulnaren Daumenrande. 4. Die kennzeichnende, rötlich-violette und gleichzeitig rötlich-bräunliche Farbe des Erythems. 5. Die gelbbraune bis schiefergraue Farbe der hyperkeratotischen Hornmassen und Schuppen.

Die Handrücken waren distal bis an die Nägel ergriffen. Die Moulage konnte aber nicht vollständig abgenommen werden, weil die Patientin infolge ihrer deliranten Unruhe nicht still hielt.

Die andere Hand war vollkommen symmetrisch verändert.

[1]) Sämtliche hier abgebildete Moulagen von echter Pellagra wurden am 15. und 16. Juni 1905 von Dr. Henning aus Wien auf meine Veranlassung und unter meiner Oberaufsicht im Pellagrosarium zu Rovereto aufgenommen. Sie sind in natürlicher Größe gehalten, mit Ausnahme der Tafel VI, die in drei Viertel der wirklichen Maße nach der Moulage angefertigt wurde.

Einem bekannten Grundsatz zufolge wird man die abgebildeten Moulagen recht plastisch sehen, wenn man sie nur mit einem Auge betrachtet.

Tafel V.

Moulage des Handrückens der Patientin M. Luigia. (Von derselben Kranken stammt Tafel VIII).

12 Jahre alt, 22·5 Kilo Körpergewicht. Verließ nach 93tägigem Aufenthalte das Pellagrosarium mit einem Körpergewichte von 25 Kilo. Hatte symmetrisch auch die andere Hand pellagrös erkrankt und im Gesichte eine Maske (Tafel VIII). Andere Krankheitszeichen: 3—4 diarrhöische Stühle täglich.

Die Tafel veranschaulicht unter anderem: 1. Die distale Ausbreitung bis an die Fingernägel. 2. Den „Rosasaum" am proximalen Rande. 3. Den hyperkeratotischen Saum am ulnaren Daumenrande. 4. Die scharfe Abgrenzung. 5. Die kräftige Ausprägung des Hautreliefs. 6. Den hyperkeratotischen Charakter des Zustandes. 7. Die kennzeichnende Farbe.

Alter der Eruption etwas über eine Woche.

Tafel VI.

Moulage des Handrückens aus einem weit vorgeschrittenem Stadium des Pellagra-Erythems. Diagnose eben noch möglich. (Drei Viertel der natürlichen Größe.)

Stammt von M. Luigi (Alois), 36 Jahre alt. Dritte Eruption; die ersten zwei Eruptionen erfolgten in den vorhergehenden Jahren.

Die Moulage veranschaulicht unter anderem: 1. Die Atrophie der Haut des Handrückens. Die Strecksehnen der Finger schimmern gelblich durch. Das Fettgewebe scheint zu fehlen. 2. Einen Rest der Hautrötung zwischen den Strecksehnen. 3. Den Rest eines hyperkeratotischen Saumes am ulnaren Daumenrande. 4. Die distale Ausbreitung bis an die Fingernägel. 5. Die proximale Abgrenzung ist schon undeutlich geworden. 6. Den Beginn der braunen Pigmentierung: noch ist aber das Braun mit dem Erythemrot gemischt. 7. Die schiefergraue, bis schwärzliche Farbe der Schuppen. 8. Den hyperkeratotischen Saum am Ulnarrande des Handrückens.

Wird eine solche Hand fleißig gewaschen und mit Borsalbe und Puder bedeckt, so schwindet die Röte etwa in fünf Tagen; es bleiben aber die Atrophie, Pigmentierung weiterbestehen und der hyperkeratotische Saum erhält sich noch eine Zeitlang.

Tafel VII.

Moulage der rechten Ellbeuge von Ch. Amabile. (Siehe die Notizen zur Tafel IV).

Die Tafel veranschaulicht besonders: 1. Den Rosasaum um den eigentlichen Herd. 2. Die „zentrale Aufhellung". 3. Den hier ziemlich breiten hyperkeratotischen Rand. 4. Die eigenartige Färbung der Haut und Schuppen.

Tafel VIII.

Moulage des Antlitzes der M. Luigia. (Siehe die Notizen zur Tafel V.)

Es sei besonders hingewiesen: 1. auf die beginnende „Maske"; 2. den geringen Grad der Erythemröte; 3. den Beginn der eigenartigen Verfärbung.

Die scharfe Begrenzung, namentlich gegen das Haupthaar hin, kommt in der Moulage und Abbildung nicht so deutlich zum Ausdruck, wie sie in Wirklichkeit existierte.

Tafel IX.

Moulage eines Teiles des Antlitzes und Halses der Patientin Ch. Amabile. (Siehe die Notizen zur Tafel IV.)

Die Aufnahme der Moulage ist ein besonderes Kunststück gewesen und mußte partienweise erfolgen, weil die Patientin so unruhig war.

Der Zustand (diffuse Form) hatte das ganze Gesicht bis zur Haargrenze ergriffen. Die Abgrenzung war in natura schärfer, als es der Abbildung nach scheinen könnte.

Die Tafel veranschaulicht vor allem: 1. Die (noch nicht völlig dunkel gewordene) Farbe der Maske. 2. Die kräftige Ausprägung des Hautreliefs, einen „seborrhoe" artigen Zustand vortäuschend. 3. Den Vorderteil des Casál'schen Halsbandes mit 4. schmalem Rosasaum.

Tafel X.

Figur A. veranschaulicht 1. die fleckige Ausbreitung des Pellagra-Erythems im Schuppungsstadium am Antlitze eines Mädchens, über welches mir nähere Daten fehlen. Das Originalnegativ zu diesem Bilde einer „Maske" ist zugrunde gegangen; es mußte daher die Tafel nach einer Photographie hergestellt werden, woher die etwas unscharfe Ausführung herrührt. 2. Das Casál'sche Halsband. Den Rosasaum am unteren Rande desselben. 3. Den parotidealen Zacken des Halsbandes, wie er gelegentlich auftritt und 4. die fleckige Ausbreitung an der Ohrmuschel.

Die Farbe möge aus einem Vergleiche mit jener der Tafeln VIII und IX hinzugedacht werden.

Figur B. Quirin G., 7 Jahre alt. Photographiert am 2. April 1907. Seit drei Jahren krank. Hatte 1905 ein Erythema pellagricum bullosum an den beiden Handrücken mit Ausbreitung des Erythems bis etwa 5 cm über das Handwurzelgelenk; ein nicht bullöses Halsband im Nacken; ferner Diarrhöen. 1906 brach das Erythem (nicht bullös) an den Handrücken, der Nase, dem Halse aus. Daneben hatte Patient eine typisch veränderte Zunge, Erbrechen und Diarrhöen.

Die (dritte) Eruption des Jahres 1907 ist aus dem Bilde ersichtlich. Die Farbe möge mit Zuhilfenahme der Tafeln VII und IX ergänzt werden. An der Stirne und den Handrücken „zentrale Aufhellung".

Tafel XI.

Moulage des Nackenteiles eines Casál'schen Halsbandes der Patientin Ch. Amabile. (Siehe die Notizen zu Tafel IV.) Etwas von der rechten Seite der Kranken gesehen.

Die Tafel veranschaulicht unter anderem: 1. Die Farbe der Haut und Schuppen. 2. Die Ausbreitung und 3. die deutliche Ausprägung des Hautreliefs in allen Übergängen aus dem Normalen ins Kranke, besonders über dem rechten Cucullarisrande.

Tafel XII.

Moulage einer atypischen Lokalisation an der rechten vorderen Achselfalte der Patientin Ch. Amabile. (Siehe die Notizen zur Tafel IV).

Man bemerkt unter anderem 1. die tief braungraue Farbe; 2. das kräftige Hervortreten des Reliefs; 3. die Spur eines Rosasaumes am unteren Rande.

Tafel XIII.

Moulage des Vorderteiles eines Casá l'schen Halsbandes der Patientin Ch. Amabile. (Siehe die Notizen zur Tafel IV).

Das Halsband, wie es in Tafel IX abgebildet ist, wurde einen Tag später, nachdem die Patientin des öfteren mit Seife und warmem Wasser am Halse gewaschen war, noch einmal mouliert.

Die halb angeheftet gewesenen Schuppen wurden durch die Prozedur entfernt. Man sieht jetzt das Relief besonders deutlich. Nach einigen Tagen wären die weißlichen Hornmassen wieder braun und braunschwarz zu sehen gewesen.

Tafel XIV.

Figur A. Handrücken einer Pellagrösen. Das betreffende Negativ rührt von Dr. P. Deiaco her.

R. Katharina, 29jährige Bauersfrau von Ischia am Caldonazzosee bot im Frühling 1905: Foetor ex ore. Die Lippen, besonders in beiden Mundwinkeln von Rhagaden und Borken besetzt. Die Zunge durchwegs, vorzüglich aber an der Spitze und an den Rändern, ihres Epithels entblößt und von dunkelroter Farbe mit stark hervortretenden Papillen (Pellagröse Himbeerzunge nach v. Zlatarović). Das gelockerte und geschwellte Zahnfleisch blutet bei der leisesten Berührung.

Große und kleine Labien geschwellt, ihre und die Vulvarschleimhaut stark gerötet, des Epithels entblößt und mit schleimiger Masse bedeckt. 24stündige Harnmenge etwas vermindert, Spur von Albumose, angedeutete Indikanreaktion und Azeton.

In der dritten Märzwoche 1905 Erythemausbruch an beiden Handrücken. *„Die Haut wurde hyperämisch, geschwellt und zugleich machte sich das Gefühl heftigsten Brennens bemerkbar. Das Erythem war über das Dorsum gleichmäßig verbreitet, erstreckte sich auch auf die dorsale Seite aller Finger, wo es jedoch weniger stark ausgeprägt war, als auf den Handrücken, um bei dritten Phalange allmählich zu erblassen. Seitlich fand es an den Rändern des Daumens, kleinen Fingers, des Daumenballens und Kleinfingerballens eine hinlänglich scharfe Grenze. Nach oben erstreckt sich dasselbe zwei Finger breit oberhalb des Handgelenkes mit einer nach oben konvexen scharfen Linie abschließend. Anfangs erblaßten auf Druck die entzündeten Hautpartien, später jedoch nicht mehr.*

Dieser Prozess nahm an Intensität immer mehr zu, bis sich in 2—3 Wochen die Epidermis in mehreren, verschieden großen, mit einer klaren serösen Flüssigkeit gefüllten Blasen abhob, welche sich allmählich in Pusteln verwandelten. Die Blasen erinnerten sofort an Pemphigus. Die Pusteln öffneten sich teils von selbst, teils wurden sie von der Kranken durch Reiben oder andere mechanische Einwirkungen geöffnet, so daß sich über den Handrücken der Eiter ergoß, der an der Luft zu Borken und Krusten eintrocknete. Was dabei auffiel, war die Verteilung der Blasen und Pusteln. Trotz der auf dem Handrücken gleichmäßigen Stärke des Erythems, welches, wie schon bemerkt, nur auf den Phalangen an Heftigkeit nachließ, entwickelten sich die Blasen und Pusteln hauptsächlich über den ersten drei Metacarpi, erreichten nicht ganz die Gegend des Metacarpophalangeal-Gelenkes, endeten ulnarwärts im Interstitialraum zwischen dem vierten und fünften Metacarpus, radialwärts jedoch bis zum Rande des Handrückens, das ist über dem ersten Metacarpus, und wurden immer geringer gegen das Carporadialgelenk. In allen übrigen Gebieten machten sich nur kleine, einzelne, da und dort zerstreute Blasen und Pusteln bemerkbar. Aus den beigegebenen Bildern ist dies alles deutlich sichtbar. Ich nahm dieselben Ende April auf, also 4—5 Wochen nach dem Auftreten des Erythems. Sie zeigen die Dermatitis auf ihrem Höhepunkte[1]*). Leider hatte sich die Kranke, trotz meines Zuredens, es nicht zu tun, die Hände gereinigt, so gut sie es eben konnte. ....*

Die übrige Haut ist gerunzelt, in dicke Falten gelegt, von sehr dunkler, schmutziggrauer Farbe, was jedoch nicht von Verunreinigung abhängt, sondern von überreicher Pigmentbildung".

Am 15. Juni, also sieben Wochen nach der photographischen Aufnahme war die Epidermis am Handrücken und der ersten Phalanx neugebildet und die Haut vollkommen gereinigt, während die zweite und dritte Phalanx aller Finger und die erste des Daumens noch von verdickter gerunzelter, zerklüfteter, schmutziggrau gefärbter Epidermis bedeckt war; *„es schien, als ob über die Finger bis zum ersten Interphalangealgelenke ein beinahe schwarzer Fingerling gezogen worden wäre.*

Im Anschlusse an die Beschreibung des krankhaften Vorganges an den Handrücken erwähne ich hier, daß sich gleichzeitig die Haut am Nasenrücken in einer geradezu anatomisch streng umschriebenen Ausdehnung schälte und zwar im Bereiche des Os nasale. Ich will schon gleich vorwegnehmen, daß ich in diesem Gebiete trotz genauen Nachsehens kein Erythem bemerken konnte. Wahrscheinlich war es so gering, daß es sich der Beobachtung entzog". (Deiaco.)

Von den weiteren Symptomen seien heftige, jedweder Therapie trotzende Diarrhöen (15—20 höchst übelriechende Stühle in 24 Stunden) erwähnt, die durch vierzig Tage vorhanden waren. Sie begannen anfangs April. Außerdem bestanden Schwindelanfälle, große Empfindlichkeit für Lichtreize, große psychische Reizbarkeit, Steigerung aller, ganz besonders der Kniesehnenreflexe. Leichte Rigidität in den Muskeln der oberen Extremität. Äußerstes Mattigkeits- und Schwächegefühl. Stets normale Temperatur.

---

[1]) Nach meiner Auffassung (siehe § 30) war der Höhepunkt schon überschritten.

Das Bild veranschaulicht besonders die auffallende Symmetrie und die rektanguläre Schuppungsform.

Figur B. Fußrücken des Falles R. Polland. (Siehe § 43, beziehungsweise 52.) Fall von sporadischer, aber echter Pellagra.

Tafel XV.

Letzte Reste eines Casál'schen Halsbandes, das einzige diagnostizierbare Überbleibsel des an dem Kranken zuvor bestandenen Erythems und zwar an den Handrücken distal bis an die Nägel, proximal bis etwas über die Handwurzel.

M. Christian, 49 Jahre alt, Körpergewicht 75 Kilo. Photographiert Mitte Juni 1905. Der Kranke war am 31. Mai 1905 mit der angedeuteten Lokalisation (Handschuhe, Halsband) und kranker Zunge ins Pellagrosarium zu Rovereto aufgenommen worden. Außerdem bestand damals große Schwäche in den Füßen. Patient benötigte z. B. fünf Stunden für einen Weg, den er in gesundem Zustande in zwei Stunden zu gehen pflegte. Dauer der Erkrankung wenige Monate, seit dem Winter 1904/05. Patellarreflexe nicht erhöht, aber recht deutlich. Manchmal abends Schwindel; morgens stets klarer Kopf. Urin ohne Zucker, ohne Albumin, keine Diarrhöen.

Die Reste des Bandes auf dem Bilde möge man sich, bleigrau und papierdünn vorstellen.

Tafel XVI.

Moulage aus der Sammlung der Wiener dermatologischen Kliniken von Dr. Henning daselbst im Jahre 1900 angefertigt. Ich fand dieselbe im Jahre 1903 an der Innsbrucker dermatologischen Klinik unter der Bezeichnung „Pellagra" vor.

Es handelt sich aber offenkundig um ein Erythema polymorphe Autorum. Siehe § 41.

Denkt man sich das von der gebräunten Haut umgebene Zentrum des Herdes glatt, so bietet das Bild eine gewisse Ähnlichkeit mit einer Vitiligo, wie sie in § 37 besprochen ist.

Der Gegensatz zu echter Pellagra tritt im Vergleich zu den übrigen Tafeln namentlich Tafel IV, V, VI, und Figur A der Tafel XIV klar ins Auge. Hier sei unter anderem speziell noch darauf hingewiesen, daß die Begrenzung distal vollkommen unscharf ist, daß ein hyperkeratotischer Saum sowohl am Daumenrande als am Kleinfingerrande des Handrückens fehlt, daß die braune Hautpartie vollständig glatt ist und daß die Farbe der dunkleren Partien durch die leicht violette Beifarbe eher an eine durch Lapisschwärzung verätzte Haut erinnert.

Tafel XVII.

Erythema multiforme (annulare) dorsi manus. Einfärbige Kopie der Tafel 65 von Kaposi's Handatlas.

Das Original veranschaulicht die Braunfärbung, wie sie manchmal auch beim multiformen Erythem — ähnlich der Pellagra — angetroffen werden kann. In der einfärbigen Kopie kommt das natürlich nicht so klar zum Ausdrucke, ist aber durch die dunklere Tönung im Bereiche des Erythems angedeutet.

Tafel XVIII.

Erythema multiforme bullosum dorsi manus utriusque. Einfärbige Kopie der Tafel 71 des Kaposi'schen Handatlasses.

Ahmt die Form eines „Pemphigus pellagrosus" in besonderem Maße nach. Der Unterschied besteht darin, daß bei Pellagra das Unterarmende von Blasen frei bliebe, ebenso die Fingerrücken und daß die Farbe ein tieferes gesättigteres Kolorit annehmen würde. So dürfte einer der Fälle Brault's ausgesehen haben. (Siehe § 49 etc.)

Tafel XIX.

Erythema multiforme bullosum dorsi manus (utriusque). Einfärbige Kopie der Tafel 72 des Kaposi'schen Handatlasses.

Hier ist die Ähnlichkeit mit einem „Pemphigus pellagrosus" noch größer. Selbst bis zur dunklen Färbung (die aus dem Originale ersehen werden möge) und der — allerdings nicht allzu scharfen proximalen Abgrenzung. Der Unterschied liegt — von den übrigen, mir unbekannten Lokalisationen abgesehen — im Auftreten von Blasen an den Fingerrücken bis zur vorletzten Phalange.

Tafel XX.

„Erythème pellagroïde". Einfärbige Kopie der Planche XIII des III. Bandes von „La Pratique Dermatologique". Paris 1900. Abbildung der von Baretta verfertigten Moulage Nr. 603 (Vidal) aus dem Museum des Hôpital St. Louis in Paris.

Die Tafel veranschaulicht ein typisches Beispiel dessen, was namentlich von den Franzosen teils „Pseudopellagre", teils „Érythème pellagroïde", „Pellagre sporadique" vielleicht auch „Pellagre des aliénés" genannt wird.

Der Unterschied von echter Pellagra ist durch den Vergleich der betreffenden Tafeln augenscheinlich. Ebenso aber auch die Ähnlichkeit mit dem Bilde der Tafel XVI.

Der Mangel eines hyperkeratotischen Saumes, das Freibleiben der Fingerrücken, das undeutliche Hautrelief, die schuppigen Krusten, die unscharfe Begrenzung sprechen gegen die Diagnose Pellagra.

Höchst wahrscheinlich ist der Fall als Erythema polymorphe Autorum aufzufassen.

Tafel XXI.

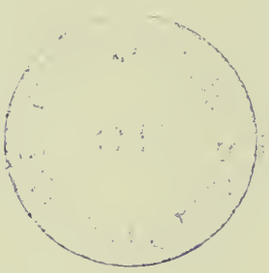
Kopie der Tafel 251 des Handatlasses von Kaposi, welcher dort die Diagnose angefügt ist: „Pellagra pedum pigmentosa et desquamans".

Gegen diese Annahme spricht: 1. Die Ausbreitung der Lokalisation. Man vergleiche Tafel XIV Figur B. Leider habe ich keine Moulage pellagröser Fußrücken anfertigen lassen können; ich hätte dann die Unterschiede noch krasser vor die Augen geführt. 2. Die unscharfe Begrenzung namentlich am innern Fuß- und Großzehenrande, wo man neben dem eigentlichen Herde einzelne aus der Tafel nicht definierbare Formen mitten in gesunde Haut gesprengt sieht. 3. Die fast gelbbraune Farbe. Sollte das Bild der Bezeichnung Pellagra „pigmentosa" nur halbwegs entsprechen, so müßte die Farbe viel dunkler sein, etwa wie in Tafel VII oder XII. 4. Der Mangel zentraler Aufhellung. 5. Der Mangel eines hyperkeratotischen Saumes. 6. Die krustigen, blättrigen Schuppenfetzen.

Eine positive Diagnose kann ich der Abbildung nach nicht stellen, glaube aber auch ein Erythema polymorphe Autorum ausschließen zu sollen.

Casáls Bild der Pellagra aus dem Jahre 1762.

(Kopie.)



Erythema multiforme mit der Pellagra ähnlichen Lokalisationen.

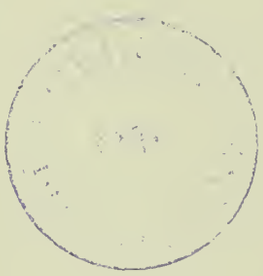
(Kopie.)

Erythema multiforme mit der Pellagra ähnlichen Lokalisationen.

(Kopie.)

Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

Pellagra des Handrückens zu Beginn der Eruption.



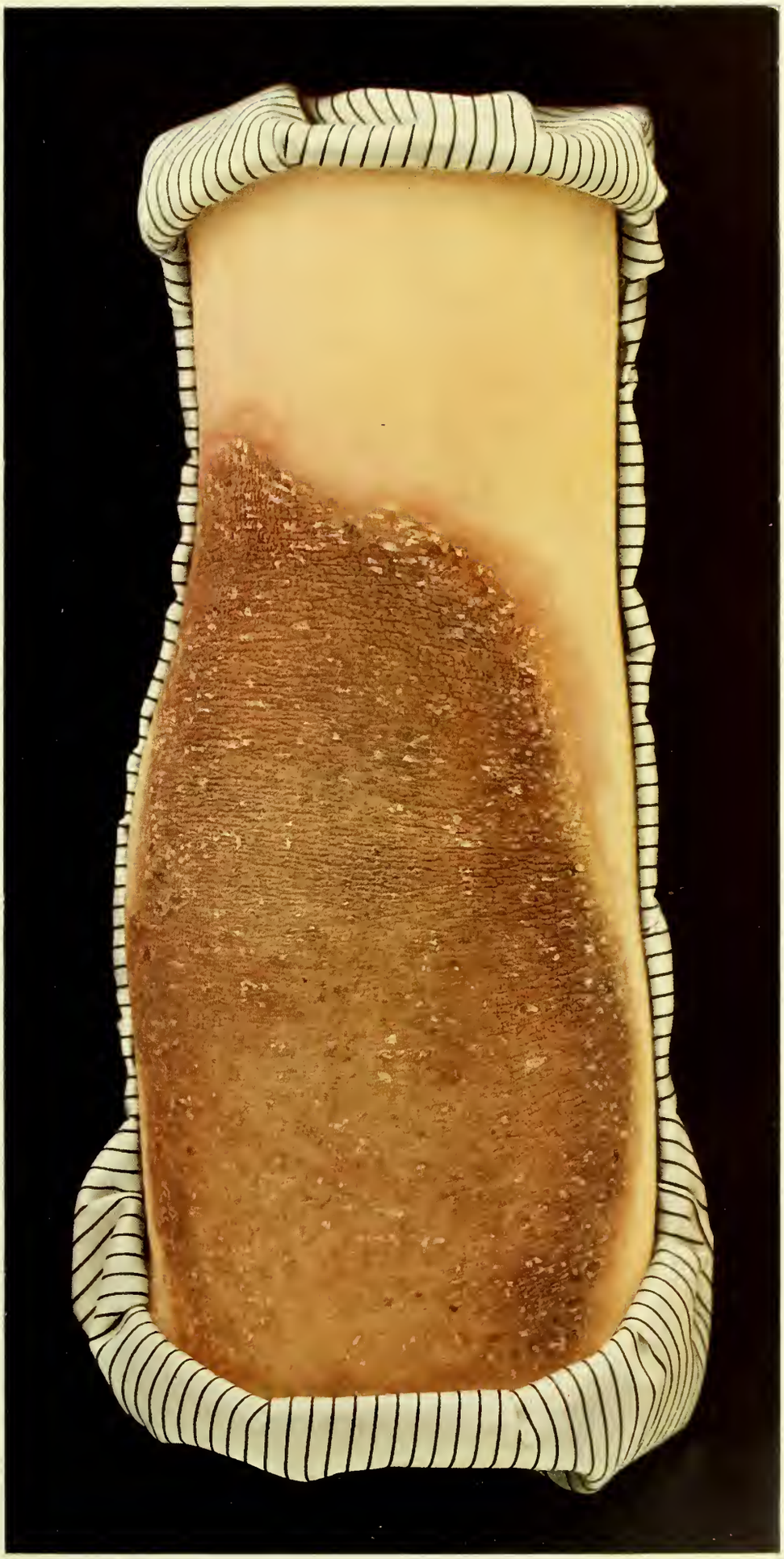
Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

Pellagra des Handrückens auf der Höhe der Eruption.

Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

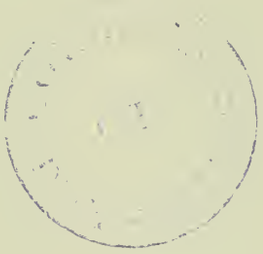
Pellagra des Handrückens im Ablauf der Eruption.

Atrophie der Handrückenhaut.



Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

Pellagra der Ellbeuge.



Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

Pellagröse Maske.

Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

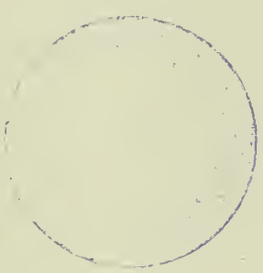
Pellagröse Maske und Casál'sches Halsband.

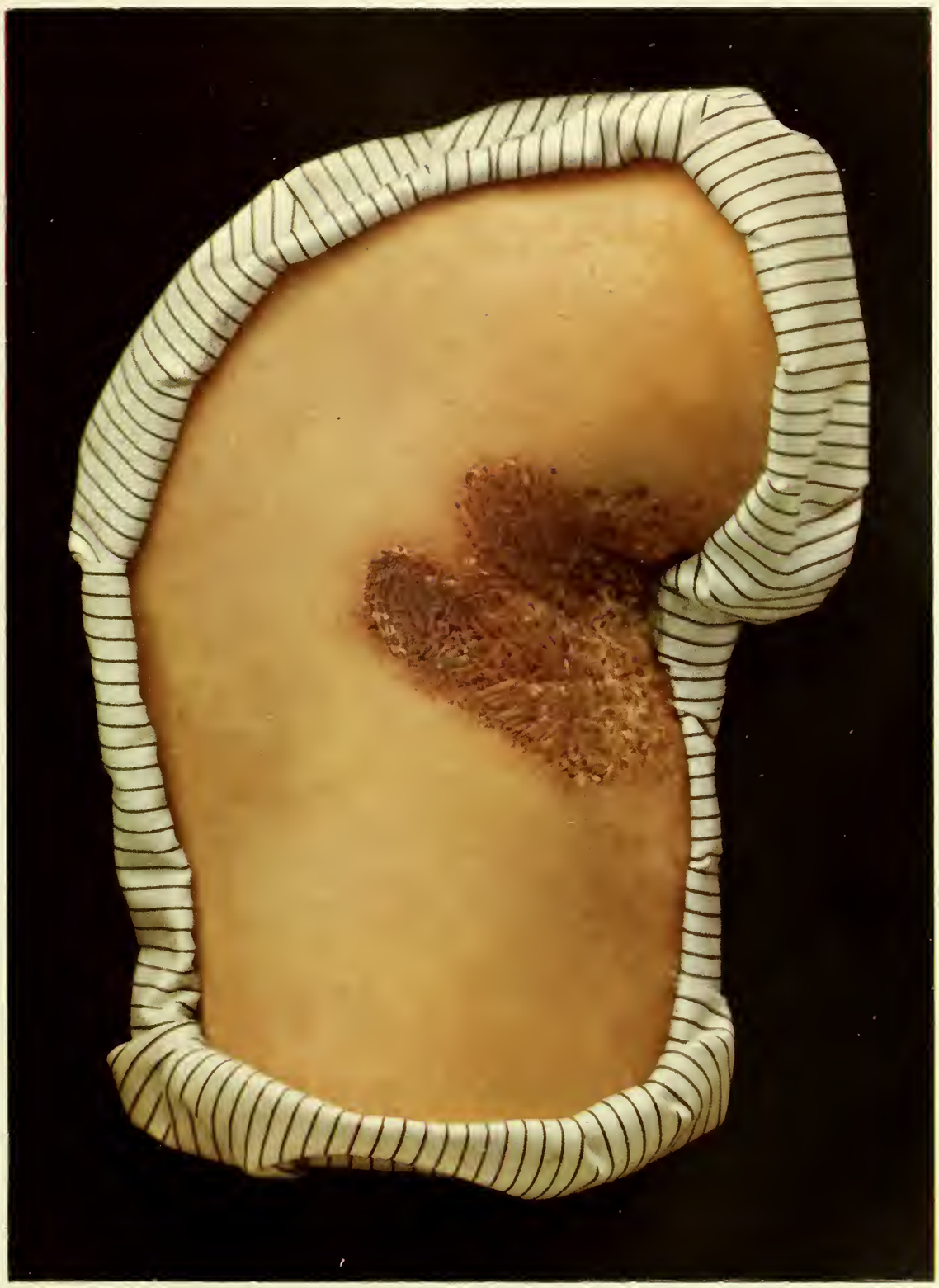
B. Pellagröse Maske und Pellagra des Handrückens.

A. Pellagröse Maske und Casál'sches Halsband.

Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

Casál'sches Halsband.





Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

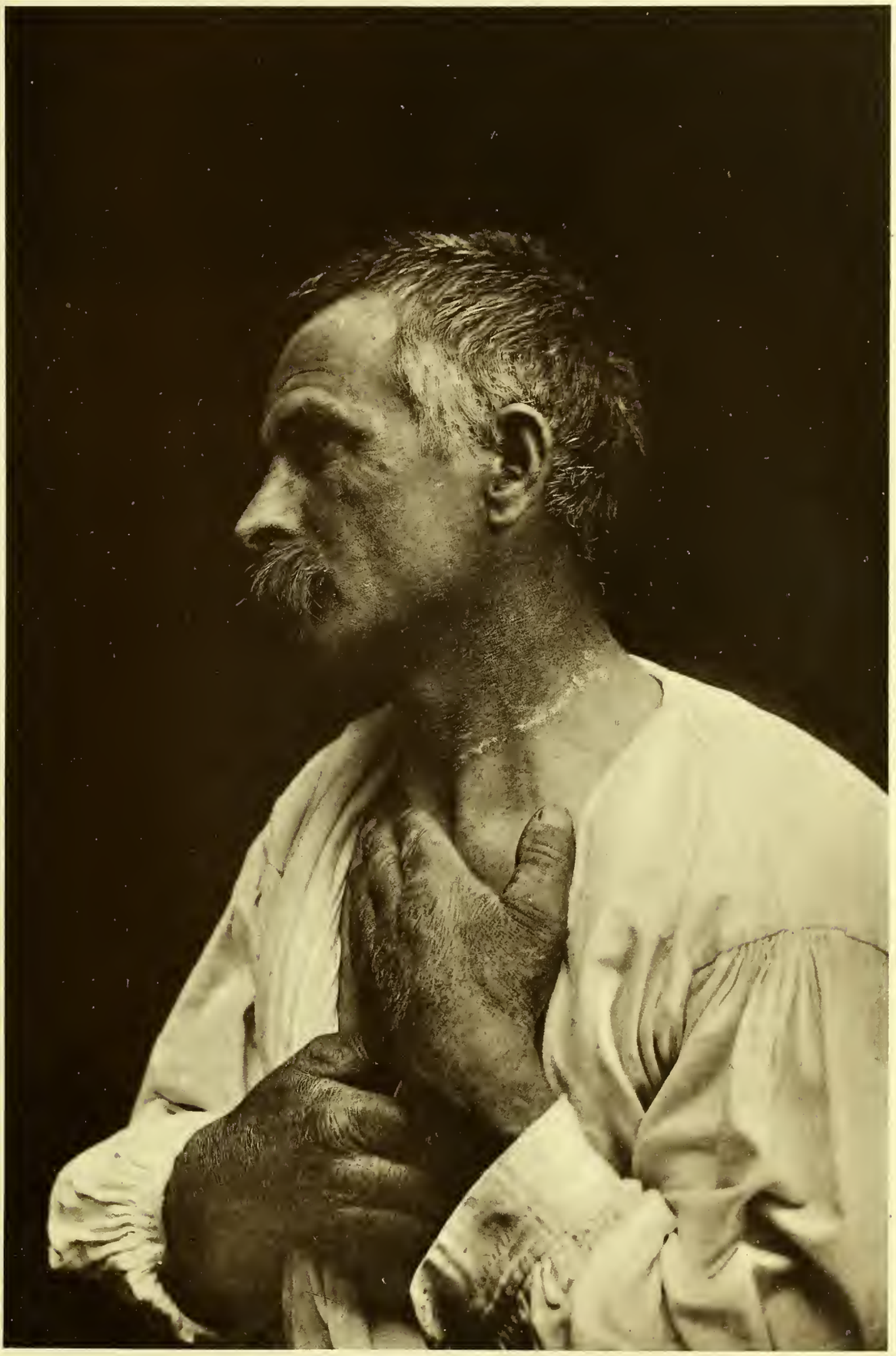
Pellagra der rechten vorderen Achselfalte.

Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

Casál'sches Halsband.

A. Pellagra der Handrücken.

B. Pellagra der Fußrücken.



Letzte Reste eines Casál'schen Halsbandes.

Vierfarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

Angebliche Pellagra des Handrückens.

Handrücken mit Erythema multiforme.

(Kopie.)

Handrücken mit Erythema multiforme.

(Kopie.)

Handrücken mit Erythema multiforme.

(Kopie.)

„Érythème pellagroïde".

(Kopie.)

Angebliche Pellagra der Fußrücken.

(Kopie.)

Dreifarbendruck der Wagner'schen Universitäts-Buchdruckerei in Innsbruck.

PROF. Dr LUDWIG MERK

DIE HAUTERSCHEINUNGEN DER PELLAGRA

INNSBRUCK 1909
WAGNER'SCHE
UNIVERSITÄTS-
BUCHHANDLUNG

b CG
1909

LONDON SCHOOL OF HYGIENE
LIBRARY
8 DEC 1949
TROPICAL MEDICINE

NV 6414